

様式 (5)

療育手帳再交付申請書

手帳交付番号	
--------	--

年 月 日

北海道知事

さま

手帳所持者氏名

(印)

生年月日

年 月 日生

住所

次の理由により療育手帳の再交付を申請します。

理由

(注) 記名押印に代えて署名することができます。