

3 cm
<p>写 真</p> <ul style="list-style-type: none"> ・脱帽・上半身 ・原則として1年以内に撮影したもの ・写真はのりづけしないでください。
4 cm

療育手帳再交付申請書

年 月 日

大 阪 府 知 事 様

郵便番号
申請者 住 所
氏 名



本人との続柄

大阪府療育手帳に関する規則第10条第1頁の規定により、療育手帳の再交付を申請します。

療育手帳番号	大阪府第	号
--------	------	---

本人氏名	
生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日

再交付理由	41 亡失したため 42 き損し、使用に堪えなくなったため
-------	--------------------------------------

- 注：1 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかにより記載してください。
 2 療育手帳がき損したため再交付を申請する場合は、き損した療育手帳を添付してください。