別紙２

療育手帳再交付申請書

写　真
縦4cm×横3cm 脱帽・上半身 一年以内に 撮影したもの 貼付しないで提出してください

沖縄県知事　殿

年　　月　　日

（申請者）
住所　〒

氏名
本人との続柄：　　電話番号：

次のとおり申請いたします。

理由	□紛失　□破損汚損　□記載事項余白不足　□その他（　　）				
本人	フリガナ		生年月日	年　月　日	
	氏　名				
	住　所	〒　　□ 申請者に同じ	電話番号		
	個人番号				
保護者	フリガナ		生年月日	年　月　日	
	氏　名				
	住　所	〒　　□ 本人に同じ	続　柄		
			電話番号		
手帳番号		交付年月日	年　月　日	障害の程度（総合判定）	

注意事項

1．申請者欄は、手帳の再交付を受けようとされる本人又は保護者の方の氏名を記入してください。

2．経由機関においては、個人番号欄に記入誤りがないことを確認のうえ、欄外に㊞等を表記してください。