

3 c m
写 真
・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。

療育手帳再交付申請書

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項の規定により、療育手帳の再交付を申請します。

療育手帳番号	年 月 第	号
--------	-------	---

本人氏名	
生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和

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。