様式第7号(第10条関係)

3cm
4cm
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

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	大阪府第　　号

本人氏名	
生年月日	年　　月　　日

再交付理由	41 亡失したため 42 毀損し、使用に堪えなくなったため

注：療育手帳が毀損したため再交付を申請する場合は、毀損した療育手帳を添付してください。