（様式第１０号）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本  　人 | | ふりがな  氏 名 |  | | | | | | 生年  月日 | 年　 月　 日 | | | 性  別 | 男 ・ 女 | | | | |
| 住 所 | 〒  （電話 － 　－　 ） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | | |  |  | |
| 保  　護  者 | | ふりがな  氏 名 |  | | | | | | 生年月日 | 年　 月　 日 | | | 続  柄 | |  | | | |
| 住 所 | 〒  （電話 － 　 －　 ） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 令和　　　年　　　月　　　日  　岡山県知的障害者更生相談所長 殿  （申請理由）  　療育手帳を紛失したので  　　　　 療育手帳を破損し使用に耐えないので  私の 療育手帳の記載欄に余白がなくなったので  　　　 　療育手帳の写真が成長などにより古くなったので  　 　　　 　岡山市発行の療育手帳を岡山県が発行する手帳に変更したいため  　　　 　その他（具体的に　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　）  （注）１　療育手帳を所持している場合は、療育手帳の写しを添えて提出して  　　　　下さい。  　　　２　申請理由は該当するものを○で囲んで下さい。  　　　 ３　現在お持ちの療育手帳は新しい手帳と引換えに返還すること。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 旧手帳番号　　　　　第　　　　　号（　　年　　月　　日交付） | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |