（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） |  |
|   |