

療育手帳紛失届

年 月 日

奈良県知事 殿

住所

氏名 ㊟

下記の療育手帳を紛失しましたので、お届けします。なお、再発行手続後に旧手帳を発見した場合は、返却します。

また、療育手帳の記載内容について、必要に応じ、療育手帳交付台帳を有する都道府県等により、その内容の提供を受けることを了承いたします。

記

手帳番号	(都道府県名) 第 号
障害程度	A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2
交付年月日	S ・ H ・ R 年 月 日