第　　　 号

年 月 日

窓空宛名

療育手帳交付（再交付）について

市（町村）長　印

**固定文言１**

先に申請のありました療育手帳について、都道府県より送付されましたので、交付します。

なお、手帳受領の上は、下記の「受領書」に記名いただき、同封の返信用封筒にて返送先までご返送いただきますよう、よろしくお願いします。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | | 生年月日 |  |
| 住　　所 |  | | 手帳番号 |  |
| 保 護 者 | 氏　名 |  | 本人との続柄 |  |
| 住　所 |  | | |
| **固定文言２**  返送していただくもの | **固定文言３＋編集１**   1. このお知らせ（以下の「受領書」に記名してください） 2. 現在お持ちの旧療育手帳（新規、紛失による再交付の場合は除く） | | | |
| **固定文言４**  返送先 | **固定文言５＋編集２** | | | |

|  |
| --- |
| **受　領　書**  **自由記載１**  療育手帳を確かに受領しました。  年　　　月　　　日  市（町村）長　殿  受領者氏名  （申請者との関係）  本人・家族・その他（　　　　　　　　　　　　　　） |

**自由記載２**

|  |  |
| --- | --- |
| （お問合せ先） | |
| ●●市福祉部障害福祉課 | |
| 住　　所 | 123-4567　●●市●●１－２－３ |
| 電話番号  メール | 987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890  xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa |