

# 手帳再交付申請書

年 月 日

熊本県知事 様

申請者（手帳所持者）氏名：

代理提出者氏名：

住 所：

電話番号：〔 ( ) 〕

申請者との関係： ( )

次のとおり、手帳の再交付を申請します。

受給者番号		ふりがな	
		氏名	
手帳所持者の電話番号	( )	手帳所持者の携帯電話	( )
住 所	〒 ー		
生年月日	明・大・昭 年 月 日		
再交付申請の理由	1 紛失 2 き損 3 その他 ( ) ※該当する番号に○をつけてください。		

- 注) 1 紛失した手帳を発見した場合は、速やかにその手帳を返還してください。  
2 手帳をき損した場合は、そのき損した手帳※を添えて提出してください。  
※通院等により手帳の添付が困難な場合は、手帳の写しを添付し、手帳が再交付された後、速やかにき損した手帳を返還してください。  
3 申請書を受理してから手帳を再発行（発送）するまで2週間ほどかかります。