第　　　　号

進達先

　　 年　　月　　日

療育手帳の交付等申請者一覧（進達）

市（町村）長　印

**固定文言１**

下記の交付申請等について進達します。

記

○/○ ページ

**固定文言２**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 受付番号  申請年月日 | 対象者氏名  保護者氏名 | 住所 | 生年月日 | 申請事由 | **固定文言３**  備　　考 |
|  |  |  |  |  |  | **編集１** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| （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 |