

(様式第2号)

| 療育手帳交付・再交付申請書 | | | | | 年 | 月 | 日 |
|-------------------------------|---|-------|------------|--------|---|---|---|
| 福祉事務所長 町 村 長 経由 | | | | | | | |
| 児童相談所長 様 知的障害者更生相談所長 | | | | | | | |
| 申請者氏名 _____ | | | | | | | |
| (申請者区分: 本人・保護者) | | | | | | | |
| 療育手帳の交付・再交付を受けたいので、次により申請します。 | | | | | | | |
| 本 人 | ふりがな | | 住 所 | 〒 | | | |
| | 氏 名 | | | (電話番号) | | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | 障害名 | | | | |
| | 身体障害者 手帳番号 | 第 号 | | (種 級) | | | |
| 保 護 者 | ふりがな | | 住 所 | 〒 | | | |
| | 氏 名 | | | (電話番号) | | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | 本人と の続柄 | | | | |
| 再 交 付 | 理 由 | | | | | | |
| | 前回の手帳交付年月日 | 年 月 日 | 手帳番号 | 第 号 | | | |
| 参 考 事 項 | 1 児童相談所又は知的障害者更生相談所での相談・判定の有無 (有 ・ 無) 「有」の場合は、下記事項についてご記入ください。 (1) 相談・判定を行った機関名 _____ (2) 相談・判定を行った年月 _____年 _____月 | | | | | | |
| | 2 施設等の利用の有無 (有 ・ 無) 「有」の場合は、下記事項についてご記入ください。 (1) 利用している(していた)施設名 _____ (2) 利用開始年月 _____年 _____月 (利用終了年月 _____年 _____月) | | | | | | |
| | 3 特別児童扶養手当又は障害基礎年金の受給の有無 (有 ・ 無) 「有」の場合は、下記事項についてご記入ください。 (1) 証書番号 _____ (2) 交付年月日 _____年 _____月 _____日 | | | | | | |

(注) この書類の書き方や書いてある内容がよくわからないときは、ちゆう市しよるい町かきかた村かの窓口ないようでご相談しちようそんください。まどぐち そうだん