

療育手帳交付(更新)申請書

18歳未満は保護者名を記入
18歳以上は本人氏名を記入

R5年4月1日

兵庫県知事様

申請者 加古川 太郎

療育手帳の交付(更新)を受けたいので下記により申請します。

記

本人	氏名	かこがわ はなこ 加古川 花子										生 年 月 日	平成30年6月15日	性 別	男 ・ 女
	住所	〒675-8501 加古川市加古川町北在家2000番地 (電話079-421-2000)													
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1				
保護者	氏名	かこがわ たろう 加古川 太郎										生 年 月 日	昭和50年12月4日	続 柄	父
	住所	〒 同上 (電話)													
参 考 事 項	現在までに児童相談所又は知的障害者更生相談所等で判定を受けましたか。											はい	相談所等の名称 (中央こども家庭センター) 相談年月 (R3年4月)	いいえ	
	施設に入所していますか。											はい	施設名 ()	いいえ	
	身体障害者手帳をもっていますか。											はい	記号番号 () 等級 (級)	いいえ	
	特別児童扶養手当又は障害基礎年金を受給していますか。											はい	1 特別児童扶養手当 記号番号 () 2 障害基礎年金 記号番号 ()	いいえ	
更 新	(既交付手帳) 兵庫県 第123456号 R3年4月1日交付											(既交付手帳の次の判定年月) R5年4月まで			
判 定 の 記 録															
障 害 の 程 度	(総合判定)		合 併 障 害 (身体障害 級)	判定年月日		年 月 日									
				次の判定年月		年 月 否									
				判定機関											

注1 太枠の欄(「判定の記録」欄)には記入しないでください。

注2 交付申請の時は、本人の写真(縦4cm×横3cm)を添付して下さい。