

様式第2号

療育手帳交付 **(更新)** 申請書

R7年 4月 1日

兵庫県知事様

(申請者)

18歳未満は保護者名を記入
18歳以上は本人氏名を記入

住所 〒675-8501
加古川市加古川町北在家 2000 番地
氏名 加古川 太郎
本人との続柄 父 電話番号 079-421-2000

療育手帳の交付（更新）を受けたいので次により申請します。✓

申請事由		☐ 新規交付 ☐ 県外(神戸市・明石市を含む)からの転入 ☒ 更新												
本人	(ふりがな) 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		
	住 所	〒 (電話) ☒ 申請者に同じ												
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	性 別
保護者	(ふりがな) 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		
	住 所	〒 (電話) ☒ 申請者に同じ										続 柄		父
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。										相談所等の名称 (はい) (中央こども家庭センター) 相談年月 (R5 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 R5 年 4 月 1 日交付										(既交付手帳の次の判定年月) R7 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 申請者氏名は、手帳の交付を受けようとする本人又は保護者の方の氏名を記入してください。
注 2 太枠の欄（「判定の記録」欄）には記入しないでください。
注 3 交付申請の時は、本人の写真（縦 4 cm×横 3 cm）を添付して下さい。