

(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 知的障害者更生相談所長 様				
申請者氏名 _____ 印				
(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	〒 (電話番号)
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	障害名	(種 級)
	身体障害者手帳番号	第 号		
保護者	ふりがな		住 所	〒 (電話番号)
	氏 名			
	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1) 記名押印に代えて署名することができます。

(注2) 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、市町村の窓口でご相談ください。