

療育手帳交付申請書

令和 年 月 日
申請者コード

石川県知事 様

申請者 住所 河北郡津幡町
氏名
電話番号

※日中連絡のとれる番号を記入してください。

療育手帳の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

本人	フリガナ 氏名	電話 () -	生年月日 昭 平 令 3 4 5 年 月 日
	住所 石川県河北郡津幡町		
保護者	郵便番号		性別 男 女 1 2
	個人番号		
参考事項	フリガナ 氏名	電話 () -	生年月日 昭 平 令 3 4 5 年 月 日
	住所 石川県河北郡津幡町		
備考	郵便番号		続き柄 続き柄コード
	1. 現在までに児童相談所又は知的障害者更生相談所で 診断判定を受けましたか。	はい いいえ	相談年月日 年 月 日
備考	・はいの場合 相談所名		
	2. 施設等に入所していますか。	はい いいえ	施設コード
備考	・はいの場合 施設等の名称		
	3. 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 いいえ	

備考 1 本人の顔写真を添えて申請してください。
2 申請者コード、続き柄コード及び施設コードは、記入しないでください。
3 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氏名（施設に入所している場合で、本人又は保護者の依頼により施設長が申請するときは、施設名及び施設長の職・氏名）を記入してください。

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	
				次の判定年月	
				判 定 機 関	
受付印欄	町 受 付	福祉事務所受付		相 談 所 受 付	県 受 付