

療育手帳交付申請書

宮崎県知事 殿

年 月 日

申請者 印

療育手帳の交付を受けたいので、次により申請いたします。

本人	氏名		生年月日	年 月 日	性別	男・女
	住所	電話			職業	
保護者	氏名		生年月日	年 月 日	続柄	
	住所	電話			職業	
参 考 事 項	1 現在までに児童相談所又は精神薄弱者更正相談所等で診断判定を受けましたか。 はい いいえ はいの場合（相談所等の名称と相談年月）					
	2 ・施設に入所していますか。 はい いいえ はいの場合（施設の名称）					
	・病院に入院していますか。 はい いいえ はいの場合（施設の名称）					
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						
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 期 間		

注 意 事 項

- 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。
- 2 本人及び保護者の氏名、住所には必ずふりがなを付してください。
- 3 印の欄は記入しないでください。