

療育手帳交付申請書

宮崎県知事 殿

年 月 日

申請者名 ㊦
 本人との関係 ()

療育手帳の交付を受けたいので、次により申請します。

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福祉こどもセンター等で診断、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 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								
障がい の 程 度	(総合判定)	合併 障 が い	(身体障がい 級)	判定年月日	年 月 日			
				次の判定年月	年 月			
				判定機関				
手帳番号	中央・都城・延岡 第 号							

◎注意事項

- 1 申請者名は、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、住所にはかならずふりがなをつけてください。
- 3 *印の欄は記入しないでください。