

療育手帳交付申請書

岩手県知事 様

年 月 日

(申請者)

住所 〒

氏名

本人との続柄 _____ 電話番号 _____ ()

写真

療育手帳の交付を受けたいので、知的障害者療育手帳交付規則第4条の規定により次のとおり申請します。

[illegible]

保 護 者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	☐ 申請者に同じ		続柄

参 考 事 項	1	現在までに児童相談所又は知的障害者更生相談所等で診断、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	施設等に入所していますか。	はい	・	いいえ	
		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	

※ 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	

備考 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載してください。

2 本人及び保護者の氏名には必ずふりがなを付してください。

3 ※印の欄は記載しないでください。

管轄市町村	
-------	--