

療育手帳交付申請書

年 月 日

申請者コード

石川県知事 様

申請者 住所

氏名

印

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	大 昭 平	年 月 日
		-	2 3 4		
住所	石川県	市 町	性別	男 女	職業又は学校
			1 2		<input type="text"/>
住所コード (郵便番号)	<input type="text"/>	<input type="text"/>			職業コード
					<input type="text"/>
保護者	フリガナ 氏名	電話 ()	生年月日	大 昭 平	年 月 日
		-	2 3 4		
住所	石川県	市 町	職業		<input type="text"/>
			職業		<input type="text"/>
住所コード (郵便番号)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	続き柄	<input type="text"/>	職業コード
			続き柄コード		<input type="text"/>
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	相談所名	相談年月日	年 月 日	
	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	施設コード	<input type="text"/>		
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、住所コード、職業コード、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。
 4 申請者本人が署名する場合は、押印を省略することができます。

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	<input type="text"/>
				次の判定年月	<input type="text"/>
				判定機関	<input type="text"/>

受付印欄	町 受 付	福祉事務所受付	相談所受付	県 受 付
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>