

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

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    年    月    日 3 4 5																													
	住所 石川県                      市町	郵便番号 <table border="1" style="display:inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td></tr></table>											個人番号 <table border="1" style="display:inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td></tr></table>																			
保護者	フリガナ 氏名 _____	電話 (    ) -	生年月日 昭 平 令    年    月    日 3 4 5																													
	住所 石川県                      市町	郵便番号 <table border="1" style="display:inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td><td style="width:15px; height:15px;"></td></tr></table>											続き柄 <input style="width:50px;" type="text"/>	続き柄コード <input style="width:50px;" 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 style="width:50px;" 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、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