

経由機関受付印	
市町村	判定機関

療育手帳交付申請書

年 月 日

群馬県知事
 (心身障害者福祉センター)
 (市町村、判定機関経由)

あて

申請者
 (本人又は保護者)

本人写真
縦 4 cm×横 3cm 脱帽・上半身 (仮止め)

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	ふりがな			生年 月日	年 月 日	
	氏名			個人番号		
	住所	(〒 -) 施設の場合：施設名 (電話 - -)				職業
保護者	ふりがな			生年 月日	年 月 日	
	氏名			続柄		
	住所	(〒 -) (電話 - -)				職業
<p>1 現在までに児童相談所又は心身障害者福祉センターで判定を受けましたか。 はい いいえ</p> <p>はいの場合 (場所 _____ 年 月 日)</p> <p>2 施設に入所していますか。 はい いいえ</p> <p>はいの場合 (施設等の名称 _____)</p> <p>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</p> <p>はいの場合 (その内容 _____)</p>						
身体障害者手帳の有無			有 ・ 無	番号()交付年月日(年 月 日) 級		障害の内容
判定の記録 [判定機関]						

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	
				次の判定機関	

- 注 1 本人及び保護者の氏名には必ずふりがなを記入してください。
 2 内は記入しないでください。