

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。(太枠内を記入)

本 人	フリガナ 氏名	姓 _____ 名 _____	男 ・ 女	生 年 月 日		
	住所	〒 _____ - _____ (市・町・村)	電話 (_____) - _____	年 月 日	歳	
保 護 者	フリガナ 氏名	姓 _____ 名 _____	続 柄	職 業		
	住所	〒 _____ - _____ (市・町・村)	電話 (_____) - _____			
参 考 事 項	1 児童相談所又は福祉こどもセンター等で判定を受けましたか。 (はいの場合：児童相談所等の名称 _____)			はい・いいえ _____ 年 月		
	2 施設に入所していますか。 (はいの場合：施設名 _____)			はい・いいえ _____)		
	3 身体障害者手帳を持っていますか。 (はいの場合：記号番号 _____ 第 _____ 号 等級 _____ 級)			はい・いいえ _____ 級		
	4 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 (判定機関記入欄)						
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		
				次 の 判 定 年 月		
				判 定 機 関		
手帳番号	中央・都城・延岡	第 _____ 号	交付年月日	年 月 日		

※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。

市町村受付印	判定機関受付印