

(様式第2号)

第 号		療 育 手 帳 (交 付 障 が い 程 度 確 認) 申 請 書										
年 月 日 交 付		年 月 日										
総合支庁長 殿												
申請者氏名 _____												
本人との続柄 _____												
療育手帳の交付(障がい程度確認)を受けたいので、下記により申請します。												
記												
本人	ふりがな氏名					性 別		男 ・ 女				
						生年月日		年 月 日				
	住 所 (電話)					所属先(会社・学校・施設など)						
	個人番号											
保護者	ふりがな氏名					続 柄						
						生年月日		年 月 日				
住 所 (電話)					職業・勤務先							
参 考 事 項	1	・現在まで児童相談所又は知的障がい者更生相談所で判定を受けましたか。 (はい ・ いいえ)										
		相談所の名称と相談年月 相談所 年 月										
	2	・身体障害者手帳をもっていますか。(はい ・ いいえ)										
		手帳番号 障がい名 等級 種 級 ・精神障害者手帳(障害者手帳)をもっていますか。(はい ・ いいえ) 手帳番号 等級 級										
3	・特別児童扶養手当を受給していますか。 (はい ・ いいえ) 番号 級											
	・障害基礎年金を受給していますか。 (はい ・ いいえ) 番号 級											
4	・上記1～3の事項について、相談所で療育手帳の判定に必要と判断した場合、各公所に確認してよろしいですか。(はい ・ いいえ)											
経 由 機 関		(市町村名)					(総合支庁名)					

(以下の事項については、記入しないで下さい)

判 定 の 記 録											
障 が い の 程 度	総 合 判 定		合 併 障 が い					判 定 年 月 日		年 月 日	
								次 の 判 定 年 月		年 月	
				(障 が い 級)				判 定 機 関		Ⓔ	
経 過 措 置										の判定資料により認定	
療育の指標											

(注) 交付申請の際は、写真(縦4センチ×横3センチで脱帽して上半身を写したもの(宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭が分かる範囲で頭部を布等で覆うことを妨げない))を1枚添付して下さい。障がい程度確認の際は必要ありません。

(市町村記入欄)

本人確認