

受付

療育手帳交付申請書

令和 年 月 日

徳島県知事殿

申請者

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	氏名	ふりがな	生 年 月 日	大 昭 平 令	年 月 日	性 別	男・女
	住所	〒					
	(電話)						
個人番号							
保護者	氏名	ふりがな	生 年 月 日	大 昭 平 令	年 月 日	続 柄	
	住所	〒					
	(電話)						
連絡先	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> その他 [氏名： 本人との続柄： 電話番号：] [住所： 〒]						
参 考 事 項	1 現在までに児童相談所又は障がい者更生相談所等で診断判定を受けましたか。 はい・いいえ はいの場合 (相談所の名称と相談年月日) 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) 3 障がいを支給要件とする年金又は手当を受給していますか。 はい・いいえ はいの場合 (年金等の種類) ① 特別児童扶養手当 ② 障害基礎年金 ③ 特別障害者手当 ④ 障害児福祉手当 ⑤ その他 ()						
※ 判 定							
障 が い の 程 度	(総 合 判 定)		合 併 障 が い (身体障害 級)	判 定 年 月 日			
				次 の 判 定 年 月 日			
				判 定 機 関			

※太枠内は申請時にご記入下さい。