様式第１号

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　　）			職業	
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　　）			職業	
連絡先	□本人　□保護者 □その他 氏名：　本人との間柄：　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うけましたか。 はい・いいえ　はいの場合（相談所等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）					

※　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	