

療育手帳交付申請書

徳島県知事 殿

平成 年 月 日

申請者

印

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 年 月 日	性別	男・女
	住所	(電話)			職業	
保護者	氏名	ふりがな	生 年 月 日	大 昭 平 年 月 日	続柄	
	住所	(電話)			職業	
参考事項	<p>1 現在までに児童相談所又は知的障害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(相談所等の名称と相談年月)</p> <p>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)</p> <p>3 障害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)</p>					
※ 判 定						
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		
				判定機関		