

申請内容	<input type="checkbox"/> 新規交付	<input type="checkbox"/> 他都道府県等から転入	<input type="checkbox"/> 新潟市から転入
------	-------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

経 由	経 由 機 関	受 付 年 月 日
	市町村名	年 月 日
	県福祉事務所名	年 月 日

療育手帳交付申請書

年 月 日

() 児童相談所長様
 () 知的障害者更生相談所長様

申請者

印

療育手帳の交付を受けたいので申請します。

本 人	氏 名	(年 月 日生・ 歳)	性 別	男・女
	住 所	Tel	職 業	
	就学等の 状 況	1 未就学 () 保育園・幼稚園 2 不就学 3 就学猶予 () 年 4 就学 () 小学校 (通常学級・特別支援学級・特別支援学校) () 中学校 (通常学級・特別支援学級・特別支援学校) () 高等学校・特別支援学校 卒業・() 学年在学		
	年金等	1 特別児童扶養手当 () 級 2 障害基礎年金 () 級		

保 護 者	氏 名	(年 月 日生)	続柄	
	住 所	Tel	職 業	

参 考	1 現在までに児童相談所又は知的障害者更生相談所で相談を受けましたか。 はい () 相談所で 年 月 日に相談 ・ いいえ
	2 施設等に入所していますか。 はい 施設等の名前 () ・ いいえ

- 1 申請者氏名は、手帳の交付を受けようとする本人又は保護者の氏名を記入してください。
- 2 就学状況・年金等受給状況等は該当する箇所に○印をつけてください。
- 3 手帳の交付を受けようとする本人の写真（縦4cm×横3cmで、脱帽して上半身を撮影）を1葉添付してください。
- 4 保護者欄は、親権を行う方、配偶者、後見人その他の者で本人を現に監護する方を記入してください。

* これより下は記入しないでください。

相 談 所 記 入	※判定の記録					
	障 害 の 程 度	(総合判定)	合 併 障 害	(障害名 身障手帳 種 級)	判定年月日	年 月 日
					次の判定年月	年 月
				判定機関		