

療育手帳交付申請書

福井県総合福祉相談所長 様  
嶺南振興局敦賀児童相談所長 様

令和 年 月 日

申請者

(18歳未満は保護者名、18歳以上は本人名)

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	ふりがな氏名	生年月日	年 月 日 ( 才)	性別	男・女
	住所	電話 ( ) -	学校名および学年・勤務先・利用福祉サービス等		
保護者	ふりがな氏名	生年月日	年 月 日 ( 才)	続柄	
	住所	電話 ( ) -	勤務先		

- 1 児童相談所または知的障害者更生相談所等での相談・判定・診断の有無  
有・無 相談所名 ( ) ・判定等期日 ( 年 月 日)
- 2 障害福祉サービス利用の有無  
有・無 事業所名 ( ) ・利用開始年月日 ( 年 月 日)
- 3 手当等受給の有無  
(1) 特別児童扶養手当 有・無・申請中 証書番号 ( 級 号)  
(2) 障害基礎年金 有・無・申請中 証書番号 ( 級 号)  
(3) 特別障害者手当 有・無  
(4) 障害児福祉手当 有・無
- 4 身体障害者手帳所持の有無  
有・無・申請中 等級 ( 種 級) 障害名 ( )
- 5 精神障害者保健福祉手帳所持の有無  
有・無・申請中 等級 ( 級) 障害名 ( )

※記名押印に代えて署名することができます。

添付書類 :  相談記録票  診断書・成績証明書  写真 (4cm×3cm)  
 その他 ( )

判定予約日 :  有 (令和 年 月 日 時 分) (場所 : )  
 無 (希望等 : )  
\* 日中連絡が取れる連絡先 (携帯等) :