

様式2

療育手帳交付申請書

西部総合事務所長 様

療育手帳の交付を受けたいので、下記のより申請いたします。

年 月 日

申請者

印

記

本人	氏名 <small>ふりがな</small>		生年月日	明治 大正 昭和 平成	性別	男・女
	住所	(電話)		年 月 日		
保護者	氏名 <small>ふりがな</small>		生年月日	明治 大正 昭和 平成	続柄	
	住所	(電話)		年 月 日		

- 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)
- 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)
- 特別児童扶養手当又は障害基礎年金を受給していますか。はい、いいえ
- 身体障害者手帳の交付を受けていますか。はい、いいえ
はいの場合 (交付年月日と交付番号)

※ 判定の記録

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	
			判定機関	印

※ 鳥取県特別医療助成条例別表第2号に定める「重度知的障害者」判定の記録

判定基準	障がいの程度 (1) 該当者 (2) 該当者 非該当	(身体障害 級)	判定年月日	
			次の判定年月	
			判定機関	印

注意事項

- 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方の氏名を記入してください。
- 本人及び保護者の氏名にはかならずふりがなを付してください。
- 記名押印に代えて署名することができます。
- ※印の欄は記入しないでください。