

療育手帳交付（更新）申請書

兵庫県知事 様

年 月 日

申請者

療育手帳の交付（申請）を受けたいので下記により申請します。

記

本人	(ふりがな) 氏 名	() 歳										生 年 月 日		性 別
	住 所	〒												
	個人番号													
保護者	(ふりがな) 氏 名	() 歳										生 年 月 日		続 柄
	住 所	〒												
	(電話)													
参 考 事 項	現在までに児童相談所又は知的障害者更生相談所等で判定を受けましたか。											はい	相談所等の名称()	いいえ
													相談年月日(年 月)	
	施設に入所してますか。											はい	施設名 ()	いいえ
	身体障害者手帳をもっていますか。											はい	記号番号 () 等級 (級)	いいえ
更 新	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	1 特別児童扶養手当 記号番号 () 2 障害基礎年金 記号番号 ()	いいえ
	(既交付手帳) 兵庫県 交付											(既交付手帳の次の判定年月)		
判 定 の 記 録														
障 害 の 程 度	(総合判定)	合 併 障 害 (身体障害 級)	判 定 月 日		年 月 日									
			次の判定年月		年 月 否									
			判 定 機 関											

注1 太枠の欄(「判定の記録」)には記入しないでください。