

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	(電話 )		
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( ) 相談年月日( 年 月)	いいえ
	施設に入所していますか。	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
	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
更 新	(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。