

(様式第2号)

市町受付印

### 療育手帳交付申請書

福井県総合福祉相談所長 様  
福井県嶺南振興局敦賀児童相談所長 様

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)
	住所	〒 -	電話	( ) -
			学校名および学年・勤務先・利用福祉サービス等	
個人番号				
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	
<p>1 児童相談所または知的障がい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)</p> <p>2 障がい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)</p> <p>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</p> <p>4 身体障害者手帳所持の有無 有・無・申請中 等級 ( 種 級) 障がい名 ( )</p> <p>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) 障がい名 ( )</p>				

以下は市町担当者が記載

添付書類 :  相談記録票  成績証明書  写真 (4cm×3cm)  身障手帳等の写し  
 その他 (  診断書 )

判定予約日 :  有 ( 年 月 日 時 分) (場所 : )  
 無 (  書類判定  本人から予約  その他 ( ) )  
\* 日中連絡が取れる連絡先 (携帯等) : \_\_\_\_\_