

(様式第2号)

第 号		療育手帳		交 付		申 請 書	
年 月 日交付		年 月 日					
置賜総合支庁長 殿		申請者氏名 _____ ㊞					
		本人との続柄 _____					
療育手帳の交付(障害程度確認)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	性別	男 ・ 女				
		生年月日	年 月 日				
	住所(電話)	所属先(会社・学校・施設など)					
保護者	ふりがな氏名	続柄					
		生年月日	年 月 日				
	住所(電話)	職業・勤務先					
参考事項	1	・ 現在まで児童相談所又は知的障害者更生相談所で判定を受けましたか。 ( はい ・ いいえ ) 相談所の名称と相談年月 相談所 年 月					
	2	・ 身体障害者手帳を持っていますか。 ( はい ・ いいえ ) 手帳番号 障害名 等級 種 級 ・ 精神障害者手帳(障害者手帳)を持っていますか。 ( はい ・ いいえ ) 障害名 等級 級					
	3	・ 特別児童扶養手当を受給していますか。 ( はい ・ いいえ ) 番号 級 ・ 障害基礎年金を受給していますか。 ( はい ・ いいえ ) 番号 級					
	4	・ 上記1～3の事項について、相談所で療育手帳の判定するのに必要とした場合、各公所に確認してもよろしいですか。 ( はい ・ いいえ )					
経 由 機 関		長井市					

(以下の事項については、記入しないで下さい)

判 定 の 記 録					
障害の程度	総合判定	合併障害	( 障害 級 )	判定年月日	年 月 日
				次の判定年月	年 月
				判定機関	相談所長 ㊞
経過措置		の判定資料により認定			
療育の指標					

(注) 交付申請の際は、写真(縦4センチ×横3センチで脱帽して上半身を写したものを)1枚添付して下さい。  
障害程度確認の際は必要ありません。