

様式（2）

療育手帳交付申請書

北海道知事 様

年 月 日

申請者 (印)

(電話番号)

療育手帳の交付を受けたいので、次により申請いたします。

本人	氏名	ふりがな -----	生年 月日	(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日	性別	男・女
	住所	(居住地)〒 ----- (現住所)〒			職業	
保護者	氏名	ふりがな -----	生年 月日	(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日	続柄	
	住所	〒			職業	

参考 事項	現在までに児童相談所又は心身障害者総合相談所等で診断、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				
	施設等に入室していますか。					
	はい	施設等の名称		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	記号・番号		いいえ		
身体障害者手帳の有無 (有・無)			交付年月日		年 月 日	
級	障害の内容					

※ 判定の記録						
障害の程度	(総合判定)	合併障害	(身体障害 級)	判定年月日	年 月 日	
	A B			次の判定年月	年 月	
				判定機関		

注1) 申請者印について、記名押印に代えて署名することができます。
 2) ※欄は、記載しないでください。