

(第1号様式)

療育手帳交付申請書

鹿児島県知事 殿

令和 年 月 日

申請者 ㊞

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	ふりがな 氏名		生年月日	明大昭平 年 月 日	性別	男・女
	住所	(電話() -)			職業	
保護者	ふりがな 氏名		生年月日	明大昭平 年 月 日	続柄	
	住所	(電話() -)			職業	
参 考	1. 現在までに、児童相談所又は精神薄弱者更生相談所（巡回相談判定を含む）の診判定を受けたことがありますか。 (はい いいえ) 「はい」の場合 (相談所等の名称) _____ (相談年月日) _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日					
	2. 施設等に入所していますか。 (はい いいえ) 「はい」の場合 (施設等の名称) _____					
3. 特別児童扶養手当を受給していますか。 (はい いいえ) 障害基礎年金を受給していますか。 (はい いいえ)						
※ 判 定 の 記 録						
障害の 程度	(総合判定)	合併 症状	(身体障害 級)	判定年月日	令和 年 月 日	
				次の判定年月日	令和 年 月 日	
				判定機関	令和 年 月 日	

- 注意事項
- 申請者は手帳の交付を受けようとする本人、又は保護者の方の氏名を記入してください。
 - 本人及び保護者の氏名にはかならずふりがなを付してください。
 - ※印の欄は記入しないでください。