

(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

令和・西暦 年 月 日  
申請者 (印)

(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	S・H・R・西暦 年 月 日 (才)	性別	男・女
	住所	電話	( ) -	学校名および学年・勤務先・利用福祉サービス等	
保護者	ふりがな氏名	生年月日	S・H・R・西暦 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害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 障害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) 障害名 ( )</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) 障害名 ( )</p>					

※記名押印に代えて署名することができます。

以下は市町担当者が記載

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

判定予約日 :  有 (令和 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) : \_\_\_\_\_