

療育手帳交付申請書

平成 年 月 日

佐賀県総合福祉センター所長 様

申請者 佐賀太郎 ⑩

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	さが いちろう	生年月日	性別
	氏名	佐賀 一郎	明・大・昭・ <input checked="" type="checkbox"/> 8年 8月 1日	<input checked="" type="checkbox"/> 男・女
住所	〒840-8501 佐賀市栄町1番1号 【電話(0952)40-7251】		職業	無職
			職業	会社員
保護者	ふりがな	さが たろう	生年月日	続柄
	氏名	佐賀 太郎	明・大・ <input checked="" type="checkbox"/> 平 50年 6月 1日	父
住所	〒840-8501 佐賀市栄町1番1号 【電話(0952)40-7251】		職業	会社員
			職業	会社員
【参考事項】	1 現在までに児童相談所又は知的障害者更生相談所等で診断、判定を受けましたか。 はい ・ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ はいの場合 (相談所等の名称と相談年月) _____			
	2 施設等に入所していますか。 はい ・ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ はいの場合 (施設等の名称) _____			
	3 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。 <input checked="" type="checkbox"/> はい ・ いいえ			
※ 判 定 の 記 録				
障害の程度	(総合判定)	合併障害	判定年月日	
			次の判定年月日	
			判定機関	
(身体障害 級)				

注意事項

1. 申請者氏名は、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。
2. 本人及び保護者の氏名には必ずふりがなを付してください。
3. 記名押印に代えて署名することができます。
4. 太枠内を記入し、※印の欄は記入しないでください。

○お預かりした個人に関する情報は、目的のためのみに用い、法令等に定めがある場合を除き、本人又は保護者の同意なしに第三者へ提供することはいたしません。