

経由機関受付印	
市町村	判定機関

療育手帳交付申請書

令和 年 月 日

群馬県知事
 (心身障害者福祉センター)
 (市町村、判定機関経由)

あて

申請者

(本人又は保護者)

印

本人写真

縦4cm×横3cm
 脱帽・上半身
 (仮止め)

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		生年月日	昭和・平成 年 月 日	性別	男・女	
	氏名						
住所	住所	(〒 -)	施設の場合：施設名 (電話 - -)			職業	
	住所	(〒 -)	(電話 - -)			職業	
保護者	ふりがな		生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	続柄		
	氏名						
住所	住所	(〒 -)	施設の場合：施設名 (電話 - -)			職業	
	住所	(〒 -)	(電話 - -)			職業	

- 現在までに児童相談所又は心身障害者福祉センターで判定を受けましたか。
はい いいえ
はいの場合 (場所 _____ 年 月 日)
- 施設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 _____)
- 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 いいえ
はいの場合 (その内容 _____)

身体障害者手帳の有無	有・無	番号()交付年月日(年 月 日) 級	障害の内容
------------	-----	-----------------------	-------

判定の記録 [判定機関]			
障害の程度	(総合判定)	合併障害 (身体障害 級)	判定年月日
			次の判定年月
			次の判定機関

- 注 1 本人及び保護者の氏名には必ずふりがなを記入してください。
 2 [] 内は記入しないでください。
 3 申請者が署名する場合、押印は不要です。