

(様式第2号)

市町村受付印

県受付印

のりしろ
写真貼付
上半身脱帽正面
1年以内の写真
縦4cm×横3cm
裏に氏名を記入

療育手帳交付等申請書

島根県知事様

平成 年 月 日

申請者氏名 (本人又は保護者)

印 (続柄)

療育手帳の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

申請区分		1 新規	2 県外からの転入	3 再判定
		4 再交付 (紛失・破損・その他)		
本人	(ふりがな) 大正・昭和・平成		
	氏名	(男・女) 年 月 日生		
	住所	電話 (- -)		
保護者	(ふりがな) 大正・昭和・平成		
	氏名	(続柄) 年 月 日生		
	住所	電話 (- -)		
参考事項	1. 現在までに児童相談所、知的障害者更生相談所又は心と体の相談センター等で判定を受けたことがありますか。	はい	① 判定を受けたところの名称 → ・児童相談所 (中央・出雲・浜田・益田・県外) ・知的障害者更生相談所 (松江・出雲・浜田・益田・県外) ・心と体の相談センター ・その他 ()	
		いいえ	② 判定年月日 (年 月 日)	
	2. 障害者支援施設等を利用していますか。	はい	施設の名称 → (通所・入所)	
		いいえ		

判定の記録 (※以下は記入しないでください)

障害の程度	総合判定			判定年月日	
	合併障害 (身体障害者手帳)	障害名		次の判定年月日	
		等級			
備考				判定機関	

(注) 1 申請者氏名を自署する場合は押印を省略することができます。

2 すでに交付された手帳をお持ちの方 (新規、紛失以外) は手帳を添付してください。