

様式 (2)

療育手帳交付申請書

年 月 日

北海道知事 様

申請者 (印)  
電話番号

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	氏名	ふりがな -----	生年 月日	(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日	性別	男・女
	住所	(居住地) ----- (現住所)				職業
保護者	氏名	ふりがな -----	生年 月日	(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日	続柄	
	住所				職業	

参考	現在までに児童相談所又は心身障害者総合相談所等で診断、判定を受けましたか。				
	はい	相談所等の名称 ----- 相談年月日			いいえ
事項	施設等に入所していますか。				
	はい	施設等の名称 -----			いいえ
	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	記号・番号 -----			いいえ

※ 判定の記録					
障害の程度	(総合判定)		合併障害  (身体障害 級)	判定年月日	年 月 日
	A	B		次の判定年月	年 月
				判定機関	

注 1) 申請者印について、記名押印に代えて署名することができます。

注 2) ※欄は、記載しないでください