

療育手帳（交付・更新）申請書

（※新規の方は「交付」に○を、更新の方は「更新」に○をして申請してください。）

年 月 日

和歌山県知事 様

申請者氏名 _____

療育手帳の交付(更新)を受けたいので、次により申請します。

本 人	フリガナ							生	年 月 日	性別							
	氏名	姓				名			(満 歳)	男							
	個人番号	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>															
住所	〒□□□□-□□□□																
電話番号	☎ _____																
保 護 者	フリガナ							生	年 月 日	続柄							
	氏名	姓				名			(満 歳)								
	住所	〒□□□□-□□□□															
電話番号	☎ _____																
参 考 事 項	①施設に入所又は通所していますか。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 入所施設名： _____ <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> いいえ												
	②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 type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 (有期認定年月 年 月) <input type="checkbox"/> 障害基礎年金 <input type="checkbox"/> いいえ												
更 新 申 請 用	(既交付手帳) 和歌山・ 第 号				(県外から転入された方) 都道府縣市 第 号												
	(障害の程度) A1・A2・B1・B2				(障害の程度)												
	初回交付年月日		前回判定年月日		次期判定年月		前回判定機関名										
年 月 日		年 月 日		年 月													

(注意事項)

※※※ 申請者は上記太枠内のみ記入 ※※※

- 1 申請者氏名には、本人又は保護者氏名を記入してください。
- 2 県外から転入された方は、旧居住地で交付されている療育手帳の写しを添付してください。
- 3 本人又は保護者の氏名・住所に変更がある場合は、変更届も一緒に提出してください。
- 4 写真1枚(横2.5cm×縦3cm(正面、帽子を被らず、上半身を写したもの)を添付してください。

※例外として、申請者の申出により、都道府県知事が宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭が分かる範囲で覆うことを認める場合を除く。

判 定 の 記 録		
障害の程度	判定年月日	年 月 日
	次期判定年月	年 月
	判定機関名	
	備考	

受 付 印		
県	市町村	面接希望場所 (市町村で記入)
		<input type="checkbox"/> 判定機関 () <input type="checkbox"/> 巡回相談 (実施場所：) <input type="checkbox"/> 入所施設 (施設名：) <input type="checkbox"/> その他 ()