

(様式第2号)

療育手帳交付申請書

令和 年 月 日

岡山県知的障害者更生相談所長 殿

申請者

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	ふりがな氏名		生年月日	S・H・R 年 月 日	性別	男・女
	住所	〒 (電話 - -)				
	個人番号					
保護者	ふりがな氏名		生年月日	S・H 年 月 日	続柄	
	住所	〒 (電話 - -)				
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、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、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。 はい、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		
				次の判定年月		
				判定機関		