

様式 (2)

療育手帳交付申請書

年 月 日

北海道知事 様

申請者  
電話番号

(印)

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	(昭和・平成・令和) 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	(昭和・平成) 年 月 日	続柄	
	住所				職業	

参 考 事 項	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				いいえ
		相談年月日				
	施設等に入所していますか。					
	はい	施設等の名称				いいえ
		施設年月日				
	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	
身体障害者手帳の有無 (有・無)		交付年月日	年	月		日
級	障害の内容					

※ 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