

(第1号様式)

# 療育手帳交付申請書

鹿児島県知事 殿

年 月 日

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	年 月 日	備考
	住所  電話( ) - ( )			
保護者	(ふりがな) 氏名	生 年 月 日	年 月 日	続柄 備考
	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（巡回相談判定を含む）の診断判定を受けたことがありますか。 <p style="text-align: right;">(はい・いいえ)</p> <p>「はい」の場合 (相談所等の名称) ..... (相談年月日) ..... 年 月 日</p>			
	2. 施設等に入所していますか。 <p style="text-align: right;">(はい・いいえ)</p> <p>「はい」の場合 (施設等の名称) .....</p>			
	3. 特別児童扶養手当を受給していますか。 障害基礎年金を受給していますか。 <p style="text-align: right;">(はい・いいえ)</p> <p style="text-align: right;">(はい・いいえ)</p>			
※ 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
			次の判定年月日	年 月 日
			判定機関	

- 注意事項
1. 申請者氏名は手帳の交付を受けようとする本人、又は保護者の方の氏名を記入してください。
  2. 本人及び保護者の氏名、住所にはかならずふりがなを付して下さい。
  3. \*印の欄は記入しないで下さい。