（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 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  合　 併　 障 　害 | （総合判定） | | |  | （身体障害　 級） | | |  | | |  | | | | |
| 次の判定年月 | | |  | | | | |
|  | | |  | | | | |