

様式 (2)

療育手帳交付申請書

北海道知事 様

年 月 日

申請者

(印)

電話番号

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	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 相談年月日		いいえ
事項	施設等に入室していますか。			
	はい	施設等の名称		いいえ
	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	番号・記号		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	年 月 日
				次の判定年月日	年 月 日
				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。
 2) ※ 欄は、記載しないでください。