

療育手帳交付申請書

宮崎県知事 殿

申請日 令和 年 月 日

申請者名 \_\_\_\_\_

本人との関係  本人  保護者 ( )

療育手帳の交付を受けたいので、次により申請します。(太枠内を記入)

本人	フリガナ		生年月日	
	氏名		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
	郵便番号	〒	—	電話 — —
	住所			
	個人番号			
保護者	フリガナ		続柄	
	氏名			
	郵便番号	〒	—	電話 — —
	住所			
参考事項	1 児童相談所又は福祉こどもセンター等で判定を受けましたか。		はい・いいえ	
	(はいの場合：児童相談所等の名称		相談年月 年 月)	
	2 施設に入所していますか。		はい・いいえ	
	(はいの場合：施設名		)	
3 身体障害者手帳を持っていますか。		はい・いいえ		
(はいの場合：記号番号		第 号 等級 級)		
4 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		

※申請者名は、手帳の交付を受けようとされる本人又は保護者の方の氏名を記入してください。

管轄市町村名	市町村受付印	判定機関受付印