

療育手帳交付（更新）申請書

年 月 日

兵 庫 県 知 事 様

申請者

療育手帳の交付（更新）を受けたいので下記により申請します。

記

本 人	(ふりがな) 氏 名											生 年 月 日	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	年 月 日	続 柄	
	住 所	〒 (電話)													
参 考 事 項	現在までに児童相談所又は知的障害者更生相談所等で判定を受けましたか。											相談所等の名称 はい () 相談年月 (年 月)		いいえ	
	施設に入所していますか。											はい 施設名 ()			いいえ
	身体障害者手帳をもっていますか。											はい 記号番号 () 等 級 (級)		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 1 特別児童扶養手当 記号番号 () 2 障害基礎年金 記号番号 ()			いいえ
更 新	(既交付手帳) 兵 庫 県 第 号 年 月 日交付											(既交付手帳の次の判定年月) 年 月まで			
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		年 月 否									
				判定機関											

注 1 太枠の欄（「判定の記録」欄）には記入しないでください。
注 2 交付申請の時は、本人の写真（縦 4 cm×横 3 cm）を添付して下さい。