様式第２号

療育手帳交付（更新）申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　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。 | | | | | | | | | | はい | | | | 相談所等の名称  （ 　　　　　　　 ）  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。