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。