様式(２)

療 育 手 帳 交 付 申 請 書

　　　　年　　　月　　　日

北海道知事　様

申請者　　　　　　　　　　㊞

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 | (明治・大正・昭和・平成)年　 月 　　日 | 性別 | 男・女 |
| 住所 | (居住地) | 職業 |  |
| (現住所) |
| 保護者 | 氏名 | ふりがな | 生年月日 | (明治・大正・昭和・平成)年　 月 　　日 | 続柄 |  |
| 住所 |  | 職業 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 参考事項 | 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、判定を受けていましたか。 |
| は　　い | 相談所等の名称 |  | いいえ |
| 相談年月日 |  |
| 施設等に入所していますか。 |
| 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 | 記号・番号 |  | 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 |
| Ａ | Ｂ | 次の判定年月 | 　　　　年　　　月 |
| 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、記入しないでください。