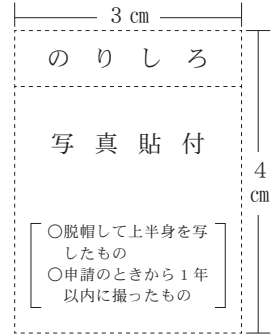


療育手帳申請書

子ども相談センター所長 様
岐阜県知的障害者更生相談所長 様



申請理由	11 新規交付申請			再交付
	21 県外から転入	22 中核市からの転入		無 有
	51 破損	52 紛失	59 その他交付	
	61 再判定			
	71 本人氏名・住所変更	72 保護者氏名・住所変更	79 その他変更	

□宗教上・医療上の理由有
年 月 日

KEY	発行者	手帳番号				CD
	2	1				

申請者氏名	
-------	--

本人	カタカナ		市町村・市福祉事務所
	氏名		住民基本台帳コード
	生年月日	性別	職業又は学校種別
	明治 大正 昭和 平成 令和	1 男 2 女	
	住所	(〒)	判定予約年月日
	電話番号	() -	判定予約時間
	身体障害者手帳を所持していますか	1 はい：身体障害者手帳番号(第 号) 等級(級) 2 いいえ	判定予約機関
施設に入所していますか	1 はい：施設名() 2 いいえ	判定予約場所	

保護者	カタカナ		本人との続柄	1. 同居 2. 別居
	氏名		市町村・市福祉事務所	
	住所	(〒)	電話番号	() -

県外から転入	転出住所	都道府県市
	転出県の判定機関名	
	転入年月日	年 月 日
	他県の手帳番号	

住所・氏名の変更	旧氏名	本人保護者
	旧住所	本人保護者

判定	障害の程度(総合)	A1・A2・B1・B2・非該当
	判定年月日	年 月 日
	次の判定年月	年 月
	判定機関名	

非該当者について非該当の理由	
----------------	--



※貼付する写真は、宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭がわかる範囲で頭部を布などで覆うことができること。
※身体障害者手帳を所持している場合には、当該手帳の写しを添付すること。