

療育手帳交付申請書

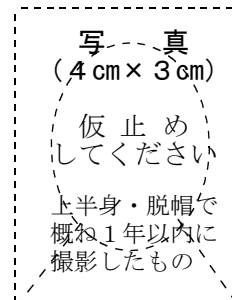
年 月 日

(あて先) 秋田県福祉相談センター所長

申請者氏名 _____ 印

療育手帳の交付を受けたいので、次により申請します。

- 1 新規交付
- 2 次期判定年月到来による再判定
- 3 他の都道府県又は指定都市から転入 (_____ 県・市)
- 4 その他 (_____)



本人	フリガナ		生 年 月 日	年 月 日
	氏 名			(年 月 歳)
	住 所	〒	性 別	男 ・ 女
保 護 者	フリガナ		生 年 月 日	年 月 日
	氏 名			年 月 日
	住 所	〒	続 柄	
	電 話 番 号	(日中の連絡先: _____)	職 業	

保護者以外の方が手続きを代行している場合

連絡先氏名	(続柄: _____)	電話番号	
-------	-------------	------	--

- ※1 申請者氏名欄には、手帳の交付を受けようとする本人又は保護者の方の氏名を記入してください。また、記名押印に代えて署名することができます。
- ※2 本人の電話番号は、保護者と異なる場合のみ記入してください。
- ※3 手続きについて連絡することがありますので、日中連絡の取れる電話番号を保護者欄又は連絡先欄に記入してください。

⇒ 裏面も記入してください。

福 障 第 _____ 号
令和 _____ 年 月 日

上記のとおり申請があったので進達する。

秋田市福祉事務所所長

(あて先) 秋田県福祉相談センター所長

(判定機関受付印)

(市町村受付印)

(表面からの続き)

療育手帳 (有・無)	県・市 第 号 新規交付年月日 年 月 日	
	障害の程度 A・B	次期判定年月 年 月
身体障害者手帳 (有・無)	県・市 第 号 種 級	
	障害名:	再認定の時期 年 月
精神障害者保健福祉手帳 (有・無)	県・市 第 号 級	
	初回交付日 年 月 日	
参 考 事 項	これまでに、次の相談所で判定を受けたことがありますか。(※ 新規交付申請の場合に記入してください。 「はい」の場合は、番号に○をして、直近の時期を記入してください。	はい・いいえ
	1 児童相談所	時期: 年 月頃
	2 福祉相談センター(知的障害者更生相談所)	時期: 年 月頃
	これまでに、次の機関で心理検査を受けたことがありますか。 「はい」の場合は、番号に○をして、直近の時期を記入してください。	はい・いいえ
	1 秋田県立医療療育センター(旧小児療育センター)	時期: 年 月頃
	2 秋田県発達障害者支援センター(ふきのとう秋田)	時期: 年 月頃
施設等に入所していますか。 「はい」の場合は、()内に施設等の名称を記入してください。 ()	はい・いいえ	
施設利用(通所)又は通学していますか。 「はい」の場合は、番号に○をして、()内に施設等の名称を記入してください。	はい・いいえ	
1 通所している()		
2 通学している()		
就労していますか。 「はい」の場合は、()内に勤め先の名称を記入してください。 ()に就労している。	はい・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・いいえ・申請中	