様式（２）

# 療育手帳交付申請書

年　月　日

北海道知事　様

申請者

（電話番号　　）

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・令和）　年　月　日 | 性別 | 男・女 | |
| | 住所 | （居住地）〒<br>（現住所）〒 | | | 職業 | | |
| | 個人番号 | | | | | | |
| 保護者 | 氏名 | ふりがな | 生年月日 | （明治・大正・昭和・平成・令和）　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 |
| | 身体障害者手帳の有無　（有・無） | | 交付年月日 | 年　月　日 |
| | 級 | 障害の内容 | | |

| ※判定の記録 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 障害の程度 | (総合判定)<br>A　B | 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 |
| | | | | 判定機関 | |

注１）申請者氏名は、手帳の交付を受けようとされる本人又は保護者の方の氏名を記入してください

２）※欄は、記載しないでください。