

北海道知事 様

年 月 日

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)			性別	男・女	
	住所	(居住地)〒 (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)			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)		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。