

療育手帳交付申請書

年 月 日

愛媛県福祉総合支援センター所長
 愛媛県 子ども・女性支援センター所長
 〕 様
 [福祉事務所長] 経由
 [町長]

写真
 (縦4cm 横3cm)
 写真は、裏に市町
 名・氏名を記入し、
 本書に添付して提出
 してください
 (注：貼り付けない)

申請者 氏名
 本人との続柄 ()

療育手帳の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

知的障がい者本人	ふりがな 氏名		生年月日	年	月	日	性別	男	女
	住所	(電話)							
	個人番号								

知的障がい者本人の個人番号を記載してください。

保護者	ふりがな 氏名		生年月日	年	月	日	続柄		
	住所	(電話)							
参 考 事 項	1 現在までに福祉総合支援センター、子ども・女性支援センター（児童相談所、知的障害者更生相談所）等を利用したことがありますか。							はい	いいえ
	はいの場合	(相談機関等の名称と相談年月)							
	2 現在、施設等（施設・病院）を利用していますか。							はい	いいえ
	はいの場合	入所・通所・入院 (該当する項目に○印)							
		(施設等の名称)							
	3 次の手当又は年金を受給していますか。							はい	いいえ
はいの場合	特別児童扶養手当・福祉手当・障害基礎年金 (該当する項目に○印)								
							受給開始年月		
4 身体障害者手帳を持っていますか。							はい	いいえ	
はいの場合	番号		種		級				
	交付年月日		障害名						
5 精神障害者保健福祉手帳を持っていますか。							はい	いいえ	
はいの場合	番号		級		交付年月日				
6 成年後見制度を利用していますか。							はい	いいえ	
はいの場合	成年後見・保佐・補助 (該当する項目に○印)								
	続柄		氏名						

注1 療育手帳交付（確認）申請調書、写真（縦4cm 横3cmで、脱帽し上半身を写したものの（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を妨げない。））を添付してください。

市町記載内容確認欄