

様式第2号

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〕
〔町長〕 経由

申請者 氏名

療育手帳の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

本人	ふりがな氏名		生年月日	年 月 日	性別	男・女	
	住所	(電話)					
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 <u>入所・通所・入院</u> （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 <u>特別児童扶養手当・福祉手当・障害基礎年金</u> （該当する項目に○印）	_____						
受給開始年月	_____						
4 身体障害者手帳をもっていますか。					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もっていますか。					はい	いいえ	
はいの場合 番号 _____ 級 _____ 交付年月日 _____							
6 成年後見人制度を利用していますか。					はい	いいえ	
はいの場合 <u>成年後見・保佐・補助</u> （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（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。