

様式（2）

療育手帳交付申請書

北海道知事 様

年 月 日

申請者 (印)

(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) 年 月 日	性別	男・女
	住所	(居住地)〒 ----- (現住所)〒				職業
保護者	氏名	ふりがな -----	生年 月日	(明治・大正・昭和・平成) 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				
	施設等に入室していますか。					
	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) 申請者印について、記名押印に代えて署名することができます。  
 2) ※欄は、記載しないでください。