

経由機関受付印	
市町村	判定機関

療育手帳交付申請書

年 月 日

群馬県知事 あて
 (心身障害者福祉センター)
 (市町村、判定機関経由)

申請者

(本人又は保護者)

療育手帳の交付を受けたいので、次により申請します。

本人写真
 縦4cm×横3cm
 脱帽・上半身
 (仮止め)

本 人	ふりがな		生年 月日	年 月 日	性 別	男・女
	氏名					
人 住 所	(〒 一) 施設の場合:施設名 (電話 ー ー)					職業
保 護 者	ふりがな		生年 月日	年 月 日	続 柄	
	氏名					
人 住 所	(〒 一) (電話 ー ー)					職業

1 現在までに児童相談所又は心身障害者福祉センターで判定を受けましたか。

はい いいえ

はいの場合 (場所 年 月 日)

2 施設に入所していますか。 はい いいえ

はいの場合 (施設等の名称)

3 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 いいえ

はいの場合 (その内容)

身体障害者手帳の有無	有 ・ 無	番号()交付年月日(年 月 日) 級
障害の内容		

判 定 の 記 錄 [判定機関]			
障 害 の 程 度	(総合判定)	合 併 障 害	判 定 年 月 日
			次 の 判 定 年 月
			次 の 判 定 機 関
(身体障害 級)			

注 1 本人及び保護者の氏名には必ずふりがなを記入してください。

2 内は記入しないでください。