

経由機関受付印	
市町村	判定機関

療 育 手 帳 交 付 申 請 書

群馬県知事
(心身障害者福祉センター)
(市町村、判定機関経由)

あて

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。

年 月 日

本人写真
縦 4 cm×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		個人番号			
	住 所	(〒 -) 施設の場合：施設名 (電話 - -)				職業
保護者	ふりがな		生年 月 日	年 月 日	続柄	
	氏 名					
	住 所	(〒 -) (電話 - -)				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			

判定の記録 [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。