

様式第2

療育手帳交付申請書

宮崎県知事殿

年 月 日

申請者

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	氏名		生年月日	明治・大正・昭和・平成	性別	男・女
	住所	(電話)		年 月 日	職業	
保護者	氏名		生年月日	明治・大正・昭和・平成	続柄	男・女
	住所	(電話)		年 月 日	職業	
参考事項	1 現在までに児童相談所又は知的障害者更生相談所等で診断、判定を受けましたか。 はい いいえ					
	はいの場合 (相談所等の名称と相談年月日)					
	2 施設等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						

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	
				次の判定年月	
				判定機関	