

療育手帳交付（更新）申請書

年 月 日

兵庫県知事 様

申請者

療育手帳の交付（更新）を受けたいので下記により申請します。

記

本人	氏名	( )歳	生年月日	大昭平	年 月 日	性別	男女
	住所	〒 (電話 )					
保護者	氏名	( )歳	生年月日	大昭平	年 月 日	続柄	
	住所	〒 (電話 )					
参 考 事 項	現在までにこども家庭センター又は知的障害者更生相談所等で判定を受けましたか。		相談所等の名称( )		はい		
			相談年月日( 年 月 )		いいえ		
	施設に入所していますか。		はい 施設名 ( )		いいえ		
	身体障害者手帳を持っていますか。		記号番号( ) 等級 ( )		はい		
更 新	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。		1 特別児童扶養手当 記号番号( ) 2 障害基礎年金 記号番号( )		はい		
	(既交付手帳) 兵庫県 第 号 年 月 日交付		(既交付手帳有効期限) 年 月 まで				
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		
				次の判定年月	年 月 否		
				判定機関			

注1 の欄は記入しないでください。

注2 交付申請の時は、本人の写真（縦4cm×横3cm）を添付してください。

注3 12歳をこえてはじめて更新申請をする時は、本人の写真を添付してください。