

様式（2）

療育手帳交付申請書

年 月 日

北海道知事 様

申請者

(印)

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 （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 （明治・大正・昭和・平成） 年月日	続柄
	住所			職業

参考	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 相談年月日		いいえ
事項	施設等に入所していますか。			
	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	判定年月日	年 月 日
	A B		次の判定年月	年 月
	(身体障害 級)		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。