

(様式第2号)

# 療育手帳交付申請書

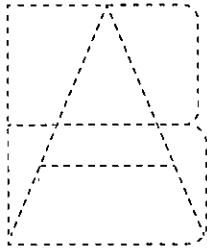
令和 年 月 日

岡山県知的障害者更生相談所長 殿

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	ふりがな 氏名		生年月日	S・H・R 年 月 日	性別	男・女
	住所	〒 (電話 - - )				
保護者	ふりがな 氏名		生年月日	S・H 年 月 日	続柄	
	住所	〒 (電話 - - )				
参 考 事 項	<p>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。</p> <p style="text-align: center;">はい、 <span style="margin-left: 100px;">いいえ</span></p> <p style="text-align: center;">はいの場合 (相談所等の名称と相談年月)</p> <p style="text-align: center;">_____</p>					
	<p>2 施設等に入所していますか。</p> <p style="text-align: center;">はい、 <span style="margin-left: 100px;">いいえ</span></p> <p style="text-align: center;">はいの場合 (施設等の名称)</p> <p style="text-align: center;">_____</p>					
	<p>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。</p> <p style="text-align: center;">はい、 <span style="margin-left: 100px;">いいえ</span></p>					
※ 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		