

療育手帳交付申請書

(あて先) 千葉市長

年 月 日

〒

申請者住所

申請者氏名

(※)

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

療育手帳の交付を受けたいので、写真を添えて次により申請します。

本人	氏名	フリガナ .....	生年月日	年 月 日
	個人番号			
	住所	〒 千葉市 区	連絡先 TEL	(携帯電話など平日、日中の連絡先) — —
保護者	氏名	フリガナ .....	続柄	本人から見て _____
	住所	<input type="checkbox"/> 本人住所と同じ (記入不要) 〒 千葉市 区	連絡先 TEL	(携帯電話など平日、日中の連絡先) — —
電子メールによる判定日時の通知等を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない *必要に応じて電話でご連絡することがあります。		連絡先電子メールアドレス <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 保護者 @		
参考事項	療育手帳の交付の有無	現在までに他の都道府県・市区で、療育手帳の交付を受けていますか。 都道府県・市区名 _____ 有 ・ 無 有の場合 交付年月日 _____ 障害の程度 _____		
	身体障害者手帳の有無	都道府県・市区名 _____ 有 ・ 無 有の場合 交付年月日 _____ 障害の程度 _____		
	施設等の入所の有無	有 ・ 無 有の場合 名称 _____		
	受給資格の有無	「特別児童扶養手当」又は「障害基礎年金」受給資格の有無 (支給停止中も含む) 有 ・ 無 (有期 年 月)		
	現在までの診断・判定の有無	有 ・ 無 有の場合 _____年 月頃 名称 _____		
(申出) _____都道府県・市区の _____において、既に判定が行われていますので、できるだけそのときの判定資料を活用して判定を行ってください。				