様式第２号

# 療 育 手 帳 交 付 申 請 書

宮 崎 県 知 事　殿

年　　月　　日

申請者名（署名）

本人との関係（　　）

療育手帳の交付を受けたいので、次により申請します。（太枠内を記入）

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 本人 | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | 男・女 | 生　年　月　日 | |
| | 氏名 | 姓 | 名 | | 年　　月　　日 | 歳 |
| | 住所 | 〒□□□－□□□□　電話（　　）　－<br>（市・町・村） | | | | |
| 保護者 | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | 続　柄 | 職　業 | |
| | 氏名 | 姓 | 名 | | | |
| | 住所 | 〒□□□－□□□□　電話（　　）　－<br>（市・町・村） | | | | |
| 参考事項 | １　児童相談所又は福祉こどもセンター等で判定を受けましたか。　はい・いいえ<br>（はいの場合：児童相談所等の名称　　相談年月　　年　　月）<br>２　施設に入所していますか。　はい・いいえ<br>（はいの場合：施設名　　）<br>３　身体障害者手帳を持っていますか。　はい・いいえ<br>（はいの場合：記号番号　　第　　号　等級　　級）<br>４　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 | | | | | |

※申請者名は、手帳の交付を受けようとされる本人又は保護者の方の氏名を記入してください。

| 市町村受付印 | 判定機関受付印 |
|---|---|
| | |