

申請日を記入

平成〇年〇月〇日

兵庫県知事様

申請者 加東 太郎 ㊟

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	かとう はなこ 加東 花子	生年月日	大昭平 11年2月3日	性別	男・女 女
	住所	〒673-1493 加東市社50番地 (電話 0795-42-3301)				
保護者	氏名	かとう たろう 加東 太郎	生年月日	大昭平 45年6月7日	続柄	父
	住所	〒673-1493 加東市社50番地 (電話 0795-42-3301)				
参考事項	現在までに児童相談所又は知的障害者更生相談所等で判定を受けましたか。		はい 相談所等の名称 () 相談年月 (年 月)		いいえ	
	施設に入所していますか。		はい 施設名 ()		いいえ	
	身体障害者手帳をもっていますか。		はい 記号番号 () 等級 (級)		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 1 特別児童扶養手当 記号番号 () 2 障害基礎年金 記号番号 ()		いいえ	
更新	(既交付手帳) 兵庫県 第109876号 平成23年4月5日交付		(既交付手帳の次の判定年月) 平成〇年〇月まで			
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
			判定年月	年	月	否
			判定機関			

現在の手帳内容を転記してください。

注1 太枠の欄（「判定の記録」欄）に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）を添付して下さい。