

申請内容	☐ 新規交付	☐ 他都道府県等から転入	☐ 新潟市から転入
------	-------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

経 由	経 由 機 関	受 付 年 月 日
	市町村名 十日町市	年 月 日
	県福祉事務所名	年 月 日

療 育 手 帳 交 付 申 請 書

年 月 日

(南魚沼) 児 童 相 談 所 長 様

(南魚沼) 知的障害者更生相談所長 様

申請者

印

療育手帳の交付を受けたいので申請します。

本 人	ふりがな 氏名	(年 月 日生・ 歳)		性 別	男 ・ 女
	住 所	TEL		職業	
	就学等の 状 況	1 未就学 (保育園・幼稚園) 2 不就学 3 就学猶予 () 年 4 就学 小学校 (普・特・養) 中学校 (普・特・養) 高等学校 (普・特・養) 卒業 ・ () 学年在学			
	年金等	1 特別児童扶養手当 () 級 2 障害基礎年金 () 級			

保 護 者	氏 名	(年 月 日生)	続柄	
	住 所	TEL	職業	

参 考	1 現在までに児童相談所又は知的障害者更生相談所で相談を受けましたか。 はい () 相談所で 年 月 日に相談 いいえ
	2 施設等に入所していますか。 はい 施設等の名前 () ・ いいえ

- 1 申請者氏名は、手帳の交付を受けようとする本人又は保護者の氏名を記入してください。
- 2 就学状況・年金等受給状況等は該当する箇所に○印をつけてください。
- 3 手帳の交付を受けようとする本人の写真 (縦 4 cm×横 3 cmで、脱帽して上半身を撮影) を 1 葉添付してください。

* これより下は記入しないでください。

相 談 所 記 入	※判定の記録					
	障 害 の 程 度	(総合判定)	合 併 障 害	(障害名 種 級)	判 定 年 月 日	年 月 日
					次の判定年月	年 月
					判 定 機 関	