療育手帳交付申請書

1-③ 対象者の漢字氏名

1-② 対象者のカナ氏名

Ｗｅｂ入力フォーム等は

逆順可

（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℡ | | （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 | □　本人住所と同じ（記入不要）  〒  千葉市　　　　区 | | | | | | | | | 連絡先℡ | | （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  □　希望する　□　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　　□本人　　　□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。 | |