

(様式第2号) 療育手帳交付等申請(届)書

市町受付印

記載例(再判定)

真
cm

滋賀県知事

申請者氏名

保護者の場合は、下欄(2)の保護者と同じ方を御記入ください。なお、手帳等の送付先はこちらの方になります。

滋賀 太郎 (続柄 父)

上半身脱帽
近 影
1年以内に撮ったもの

下記のとおり申請(届出)します。

(1) 申請(届出)事由(項目を○で囲んでください。) ※ セロハンテープを写真裏面に貼り、申請書に貼ってください。

交付申請	1 新規	2 再判定	3 再交付(紛失)	4 再	
記載事項等 変更	1 居住地変更(県内) 本人・保護者	2 県内転入※	3 県外転出		
	4 氏名変更 本人・保護者	5 保護者変更			
変更前 住所・氏名	本人	療育手帳をお持ちの方は御記入ください。		変更年月日	令和 年
	保護者			月 日	
返 還	1 死亡()	その他()			
手帳番号	滋 賀 県	都・道・府・県・市	第	000	号

(2) 本人氏名・住所等

本 人	フリガナ	シガ ハコ	生 年 月 日	昭 平 何	マイナンバーを必ず御記入ください。
	氏 名	滋賀 花子			
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0 0			
保 護 者	フリガナ	シガ タロウ	保護者欄について ・ 本人が18歳未満の場合、必ず保護者名を御記入ください。 ・ 本人が18歳以上の場合、交付手帳に保護者名の記載を希望される方は御記入ください。		
	氏 名	滋賀 太郎			
	住 所	大津市京町一丁目1番1号			

参 考 事 項	身体障害者手帳を持っていますか。	はい	手帳番号 (大津市第000号) 等 級 (1種2) 級 心臓	いいえ
	現在までに子ども家庭相談センター又は、精神保健福祉センター(知的障害者更生相談所)等で診断、判定を受けましたか。	はい	相談所等の名称 (子ども家庭相談センター) 相談年月日 (令和〇年〇月〇日)	いいえ
	施設等に入所または通所していますか。	はい	施設等の名称 ()	いいえ
	特別児童扶養手当、障害児福祉手当、特別障害者手当又は障害基礎年金を受給していますか。	はい	(該当するものを○で囲んでください) 特別児童扶養手当 ・ 障害児福祉手当 特別障害者手当 ・ 障害基礎年金	いいえ

(以下は記入しないでください。)

市町担当課連絡事項記入欄