

(様式第2号) 療育手帳交付等申請(届)書  
滋賀県知事

年 月 日

申請者氏名(本人または保護者)

(続柄 )

市町受付印

県受付印

写 真

3 cm × 4 cm

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。) ※転入は現手帳の写しおよび申出書を添付

交付申請	1 新規 2 再判定 3 再交付(紛失) 4 再交付(破損) 5 再交付(その他 )				
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		変更年月日		年
	保護者				月 日
返 還	1 死亡( 年 月 日) 2 その他( )				
手帳番号	滋 賀 県	・	都・道・府・県・市	第	号

(2) 本人氏名・住所等

本 人	フリガナ		生年月日	昭 平 令	年 月 日	性 別	男 ・ 女
	氏名						
	住所	電話( - - )					
保 護 者	フリガナ		生年月日	昭 平 令	年 月 日	続 柄	
	氏名						
	住所	電話( - - )					
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( ) 等級( )級				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( ) 相談年月日( 年 月 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