

(様式第2号) 療育手帳交付等申請(届)書

滋賀県知事

市町受付印

記載例(再判定)

〇〇年  
申請者氏名(本人または保護者)

保護者の場合は、下欄(2)の保護者  
と同じ方をご記入ください。

上半身脱帽  
近 影  
1年以内に撮  
ったもの

滋賀 太郎

(続柄 父)

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 <input checked="" type="radio"/> 2 再判定 <input checked="" type="radio"/> 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 保護者 変更年月日 年 月 日
返 還	1 死亡( 年 月 日) 2 その他( )
手帳番号	<input checked="" type="radio"/> 滋賀県 都・道・府・県・市 第 〇〇〇 号

(2) 本人氏名・住所等

本 人	フリガナ	シガ ハコ	お持ちの方は ご記入ください。	生年月日	昭平令 13年 4月 19日	性別	男 <input checked="" type="radio"/> 女	
	氏名	滋賀 花子		住所	大津市京町一丁目1番1号 電話(〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)			
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、必ず保護者名をご記入ください。 ・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ご記入ください。	住所	大津市京町一丁目1番1号 電話(〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)			
	氏名	滋賀 太郎						

参 考 事 項	身体障害者手帳を持っていますか。	<input checked="" type="radio"/> はい	手帳番号(大津市第 〇〇〇 号) 等級( 2 )級 肢体不自由	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。	<input checked="" type="radio"/> はい	相談所等の名称(大津・高島子ども家庭相談センター) 相談年月日(〇〇年 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( )	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> 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