

(様式第2号) 療育手帳交付等申請 (届) 書

記載例(新規)

〇〇年〇月〇日

申請者氏名 (本人または保護者)

滋賀 太郎

(続柄 父)

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

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

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 月 日
	保護者					
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	シガ ハコ	生年月日	昭 平 23年4月19日 令	性別	男 女
	氏名	滋賀 花子				
保護者	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)				
	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。			
	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。	はい 手帳番号(滋賀県 〇〇〇 号) 等級(1種2級) 部位(心臓)			いいえ	
	現在までに子ども家庭相談センター又は、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(平成 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