

明石市長 様

申請者

療育手帳の交付~~(更新)~~を受けたいので下記により申請します。

記

本人	(ふりがな) 氏名	生年月日	年 月 日	性別	男 女
		個人番号			
	住所	〒 (電話)			
保護者	(ふりがな) 氏名	生年月日	年 月 日	続柄	
	住所	〒 (電話)			
参 考 事 項	現在までに児童相談所で判定を受けましたか。	はい	判定を受けた相談所等の名称 ()	いいえ	
	施設に入所していますか。	はい	施設名 ()	いいえ	
	身体障害者手帳をもっていますか。	はい	記号番号 () 等級 (級)	いいえ	
	特別児童扶養手当又は障害基礎年金を受給していますか。	はい	1 特別児童扶養手当 記号番号 () 2 障害基礎年金 記号番号 ()	いいえ	
更新	(既交付手帳) 明石市 兵庫県 第 号 年 月 日交付	(既交付手帳の次の判定年月) 年 月まで			
※ 判 定 の 記 録					
障 害 の 程 度	(総合判定)	合 併 障 害 (身体障害 級)	判定年月日	年 月 日	
			次の判定年月	年 月	否
			判定機関		

注1 ※の欄は記入しないでください。

注2 交付申請の時は、本人の写真(縦4cm×横3cm)を添付して下さい。

写真添付 有 無

療育手帳交付（更新）申請書

年 月 日

明石市長 様

申請者

療育手帳の交付（更新）を受けたいので下記により申請します。

記

本人	(ふりがな) 氏名	生年月日	年 月 日	性別	男 女
		個人番号			
	住所	〒 (電話)			
保護者	(ふりがな) 氏名	生年月日	年 月 日	続柄	
	住所	〒 (電話)			
参 考 事 項	現在までに児童相談所で判定を受けましたか。	はい	判定を受けた相談所等の名称 ()	いいえ	
	施設に入所していますか。	はい	施設名 ()	いいえ	
	身体障害者手帳をもっていますか。	はい	記号番号 () 等級 (級)	いいえ	
	特別児童扶養手当又は障害基礎年金を受給していますか。	はい	1 特別児童扶養手当 記号番号 () 2 障害基礎年金 記号番号 ()	いいえ	
更新	(既交付手帳) 明石市 兵庫県 第 号 年 月 日交付	(既交付手帳の次の判定年月) 年 月まで			
※ 判 定 の 記 録					
障 害 の 程 度	(総合判定)	合 併 障 害 (身体障害 級)	判定年月日	年 月 日	
			次の判定年月	年 月	否
			判定機関		

注1 ※の欄は記入しないでください。

注2 交付申請の時は、本人の写真（縦4cm×横3cm）を添付して下さい。

写真添付.....有.....無