

(様式第2号)

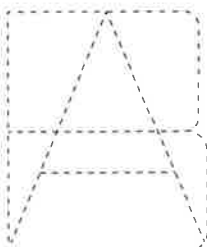
# 療育手帳交付申請書

令和 年 月 日

岡山県知的障害者更生相談所長 殿

申請者

療育手帳の交付を受けたいので、次により申請いたします。

本人	ふりがな 氏名	生年月日	S・H・R 年 月 日	性別	男・女
	住所	〒 (電話 - - )			
保護者	ふりがな 氏名	生年月日	S・H 年 月 日	続柄	
	住所	〒 (電話 - - )			
参 考 事 項	1 現在までに児童相談所又は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、 いいえ はいの場合 (相談所等の名称と相談年月) _____				
	2 施設等に入所していますか。 はい、 いいえ はいの場合 (施設等の名称) _____				
	3 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、 いいえ				
※ 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		
			次の判定年月		
			判定機関		