

経由機関受付印	
市町村	判定機関

## 療育手帳交付申請書

年 月 日

群馬県知事  
(心身障害者福祉センター)  
(市町村、判定機関経由)

あて

申請者  
(本人又は保護者)

印

本人写真  
縦4cm×横3cm  
脱帽・上半身  
(仮止め)

療育手帳の交付を受けたいので、次により申請します。

本人	ふりがな		生年月日	年 月 日	性別	男・女
	氏名					
	住所	(〒 - ) 施設の場合：施設名 (電話 - - )				職業
保護者	ふりがな		生年月日	年 月 日	続柄	
	氏名					
	住所	(〒 - ) (電話 - - )				職業
<p>1 現在までに児童相談所又は心身障害者福祉センターで判定を受けましたか。 はい いいえ はいの場合 (場所 _____ 年 月 日)</p> <p>2 施設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 _____)</p> <p>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 はいの場合 (その内容 _____)</p>						
身体障害者手帳の有無		有・無	番号( )	交付年月日( 年 月 日)	級	

判定の記録 [判定機関]

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				
	次の判定機関				

- 注 1 本人及び保護者の氏名には必ずふりがなを記入してください。  
 2 内は記入しないでください。  
 3 申請者が署名する場合、押印は不要です。