

療育手帳交付申請書

年 月 日

広島県知事様

市町受理年月日

県受理年月日

のりづけ
写 真
縦 4cm×横 3cm
上半身・脱帽
近影 6ヶ月以内
裏面に氏名記入

広島県療育手帳交付要綱に基づき、次のとおり申請します。

また、療育手帳の交付事務に必要な、本人及び保護者の住民基本台帳等の各人の個人情報について、市町及び広島県が利用することに同意します。

申請区分	1 新規申請	2 更新申請	3 再交付	<input type="checkbox"/> 亡失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他 ()
既存の手帳番号 (更新・再交付の場合)				
申請者 (本人)	フリガナ			
	氏名	生 年 月 日	年 月 日	
	住所	〒 () 援護の実施 () 市町		
保護者 (18歳未満 の場合のみ 記入)	フリガナ			
	氏名	続 柄		
	住所	〒 ()		
参考事項	1 こども家庭センターの判定を受けましたか。 <input type="checkbox"/> はい (年 月 日に判定) <input type="checkbox"/> いいえ (年 月 日に予約) 2 身体障害者手帳 (肢体不自由, 視覚障害, 聴覚障害) を持っていますか。 <input type="checkbox"/> はい (身体障害者手帳の写しをつけてください) <input type="checkbox"/> いいえ 3 県外 (広島市を含む) からの転入ですか。 <input type="checkbox"/> はい (手帳の写しと申出書をつけてください) <input type="checkbox"/> いいえ			
申請書を 記入した人	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> その他 (代筆にあたっては申請者の承諾を得ています) (氏名:) (続柄または所属:)			
連絡先 (必須)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> その他 (氏名:)		電話 番号	

注意事項 1 申請区分は番号を○で囲んでください。
 2 該当項目□にチェックし、その他の場合は () に具体的に記入してください。
 3 本人及び保護者の氏名は、姓と名の間をあげ、必ずフリガナを付してください。
 4 更新、再交付 (亡失以外) の場合、旧手帳は新手帳と引き換えに返還してください。