

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)

療育手帳の交付を受けたいので、次により申請します。

印

本人写真
縦4cm×横3cm 脱帽・上半身 (仮止め)

本人	ふりがな		生年月日	年 月 日	性別	男・女
	氏名					
住所		(〒 - )			職業	
		施設の場合:施設名	(電話 - - )			
保護者	ふりがな		生年月日	年 月 日	続柄	
	氏名					
住所		(〒 - )			職業	
			(電話 - - )			

- 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)
- 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 \_\_\_\_\_)
- 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 \_\_\_\_\_)

身体障害者手帳の有無	有・無	番号( )	交付年月日( 年 月 日)	級
		障害の内容		

### 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。