（様式第１号）

県受付印

市町村受付印

|  |
| --- |
| のりしろ |
| 写真貼付  上半身正面  １年以内の写真  縦4cm×横3cm  裏に氏名を記入 |

　　　　療育手帳交付等申請書

島　根　県　知　事　　様

　　年　　月　　日

申請者氏名（本人又は保護者）　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　）

療育手帳の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申 請 区 分 | | １新規　２県外からの転入　３再判定　４障がい程度の変更　５再交付(紛失・破損・その他　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本　　人 | ふりがな |  | | | | | | | | | | | 生　年　月　日 | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  | |  |  | |  | |  | |  | | |  |  |  |  |
|  | 個人番号制度では、DV･虐待等の被害を受けて避難されている方については、その所在地につながる情報(所在の都道府県名または市町村名)を秘匿することが可能ですので、希望される方は左のボックスにチェックを入れて下さい。  ※記入いただいた情報は、個人番号制度において上記情報を秘匿する措置をとるためにのみ使用します。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | －　　　　　－ | | | | | | | | | 手帳への記載　　希望する　・　希望しない | | | | | | | | |
| 保　護　者 | ふりがな |  | | | | | | | | | | 続柄 | | 生　年　月　日 | | | | | |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | |  | | 年　　　月　　　日 | | | | | |
| 住　所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | －　　　　　－ | | | | | | | | | 手帳への記載　　希望する　・　希望しない | | | | | | | | |
| 確　認　事　項 | １．障害者支援施設等に入所していますか。 | | | | | | | はい→ | | 施設等の名称  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| いいえ | |
| ２．現在までに児童相談所、知的障害者更生相談所又は心と体の相談センター等で判定を受けたことがありますか。 | | | | | | | はい→ | | ①　判定を受けたところの名称  ・児童相談所（中央・出雲・浜田・益田・県外）  ・知的障害者更生相談所（松江・出雲・浜田・益田・県外）  ・心と体の相談センター  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ②　判定年月日（　　　　　　　年　　　月　　　日） | | | | | | | | | |
| いいえ | |
| 判　定　の　記　録　（※以下は記入しないでください） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障がいの程度 | 総合判定 | |  | | | | | | | 判定年月日 | | | | |  | | | | |
| 合併障害  （身体障害者手帳） | | 障害名 | |  | | | | | 次の判定年月日 | | | | |  | | | | |
| 等　級 | | 級 | | | | |
| 備　　考 | |  | | | | | | | 判定機関 | | | | |  | | | | |

　　(注)すでに交付された手帳をお持ちの方（新規、紛失以外）は手帳を添付してください。