

(様式第2号)

市町受付印

療育手帳交付申請書

福井県総合福祉相談所長 様
福井県児童・女性相談所長 様
福井県嶺南振興局敦賀児童相談所長 様

年 月 日

申請者

(18歳未満は保護者名、18歳以上は本人名)

療育手帳の交付を受けたいので、次により申請します。

知的障がい児者本人
ふりがな氏名
生年月日
個人番号
住所
電話
学校名および学年・勤務先・利用福祉サービス等

保護者
ふりがな氏名
生年月日
住所
電話
勤務先
続柄

1 児童相談所または知的障がい者更生相談所等での相談・判定・診断の有無
2 障がい福祉サービス利用の有無
3 手当等受給の有無
4 身体障害者手帳所持の有無
5 精神障害者保健福祉手帳所持の有無

以下は市町担当者が記載

添付書類
判定予約日
個人番号
提出者
番号確認
提出者(本人/代理人)の身元確認