

療育手帳交付申請書

のりづけ

写真
 (裏に市町村名と氏名を記入して下さい。)
※写真については下記のとおり

茨城県知事 殿

申請年月日 令和 年 月 日

申請者

0	1											
本人	フリガナ											
	氏名	(氏)								(名)	生年月日	3 昭和 4 平成 5 令和 年 月 日
	住所	茨城県 市 郡										
	個人番号											
	マイナンバー制度では、DV・虐待等の被害を受けて避難されている方は所在につながる情報を秘匿できます。マイナンバーカードをDV・虐待等の加害者が所有している場合、加害者が法定代理人である場合、マイナポータルで加害者を代理人設定している場合は、右のボックスにチェックを入れてください。チェックの有無の情報は上記の所在につながる情報を秘匿するためにのみ使用します。											
電話番号	-			-			職業			性別	1 男 2 女	
保護者	フリガナ											
	氏名								生年月日	3 昭和 4 平成 年 月 日		
	本人との同居状況	1 同居 2 別居	住所同居は記入不要	茨城県 市 郡								
	電話番号	-			-			職業			続柄	
参考事項	1 療育手帳の他に障害者手帳を所持していますか。 1 はい、 0 いいえ はいの場合 (身体障害者手帳 級、精神障害者保健福祉手帳 級)											
	2 施設 (但し、通所施設は除く) に入所していますか。 1 はい、 0 いいえ はいの場合 (施設等の名称)											
	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。 1 はい、 0 いいえ											

※ 1 判定の記録 (判定機関記入欄)

障害の程度	(総合判定)	特記事項							判定年月日	5 令和 年 月 日	
	1 ㉠ 2 A 3 B 4 C 0 非該当								次の判定年月	5 令和 年 月	
			(身体障害 級)							判定機関	
判定機関コード	0 1 福祉相談センター、1 1 中央児童相談所、1 2 日立児童相談所、1 3 銚田児童相談所、 2 1 土浦児童相談所、3 1 筑西児童相談所										
※2 判定記入機関	管轄市町村コード								市町村受付 (他県からの転入のみ)	福祉相談センター受付 児童相談所受付	県受付
	本人市町村コード								.	.	.
	保護者市町村コード										
※3 県記入欄	施設コード										

※写真は縦4cm横3cmで脱帽して上半身を写したものであること。ただし、宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭がわかる範囲で頭部を布などで覆う場合を除く。