様式第２号（第４条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　療　育　手　帳　交　付　申　請　書

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　長崎県知事　様

|  |  |
| --- | --- |
| 療育手帳の交付を下記のとおり申請します。　申請者　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　） | の　　り |
| １年以内に撮影した縦４cm×横３cmで上半身・脱帽・無背景(耐久性のあるもの)裏面に氏名を記載 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※太枠の中を記入下さい。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人 | フリガナ |  |  | 男・女 | 生年月日 |
| 氏　名 | 姓 | 名 |  | 年　　月　　日 | 歳 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　所 | **〒** |  |  |  | ― |  |  |  |  | 電話（　　　　）　　　　― |
| 市町 |
| 施設を利用中の場合 | 施設名 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 保護者 | フリガナ |  |  | 続　柄 |
| 氏　名 | 姓 | 名 |  |
| 住　所 | **〒** |  |  |  | ― |  |  |  |  | 電話（　　　　）　　　　― |
| 市町 |
| 台帳管理 | 市・町 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 通信欄： |  | 市支所受付印 | 台帳管理市町受付印 | 判定機関受付印 |
|  |  |  |