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 |
|  |  |  |