

療育手帳交付申請書

年 月 日

広島県知事様

市町受理年月日	県受理年月日

のりづけ
写 真
縦 4cm×横 3cm 上半身・脱帽 近影 6ヶ月以内 裏面に氏名記入

広島県療育手帳交付要綱に基づき、次のとおり申請します。

また、療育手帳の交付事務に必要な、本人及び保護者の住民基本台帳等の各人の個人情報について、市町及び広島県が利用することに同意します。

申請区分	1 新規申請	2 更新申請	3 再交付 <input type="checkbox"/> 亡失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他 ( )
個人番号 (新規の場合)			既存の手帳交付番号 (更新・再交付の場合)
申請者 (本人)	フリガナ		
	氏名	生年 月日	年 月 日
	住所	〒 施設等入所の場合(施設名: ) 援護の実施( 市・町)	
保護者 (18歳未満の 場合のみ)	フリガナ		
	氏名	続柄	
	住所	〒	
参考事項	1 こども家庭センターの判定を受けましたか。 <input type="checkbox"/> はい ( 年 月 日に判定) <input type="checkbox"/> いいえ ( 年 月 日に予約) 2 身体障害者手帳(肢体不自由、視覚障害、聴覚障害)を持っていますか。 <input type="checkbox"/> はい(身体障害者手帳の写しをつけてください) <input type="checkbox"/> いいえ 3 県外(広島市を含む)からの転入ですか。 <input type="checkbox"/> はい(手帳の写しと申出書をつけてください) <input type="checkbox"/> いいえ		
申請書を 記入した人	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> その他(代筆にあたっては申請者の承諾を得ています) (氏名: ) (続柄または所属: )		
連絡先 (必須)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> その他(氏名: )		電話 番号

- 注意事項
- 1 申請区分は番号を○で囲んでください。
  - 2 該当項目□にチェックし、その他の場合は( )に具体的に記入してください。
  - 3 本人及び保護者の氏名は、姓と名の間をあげ、必ずフリガナを付してください。
  - 4 更新、再交付(亡失以外)の場合、既存の手帳は新しい手帳と引き換えに返還してください。
  - 5 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律第16条の規定により、個人番号の提供の際は、本人確認に必要な書類を提示し、又はその写しを提出してください。