別紙1

写　真
縦4㎝×横3㎝ 脱帽・上半身 一年以内に 撮影したもの **貼付しないで提出してください**

療育手帳交付申請書

沖縄県知事　殿

年　　月　　日

（申請者）住所　〒

氏名

本人との続柄　　電話番号

療育手帳の交付を受けたいので、次により申請いたします。

申請事由		□　新規交付　□　都道府県又は指定都市間の住所変更による交付			
本人	フリガナ			生年月日	年　　月　　日
	氏　　名				
	住　　所	〒　　□ 申請者に同じ		電話番号	
	個人番号				
保護者	フリガナ			生年月日	年　　月　　日
	氏　　名				
	住　　所	〒　　□ 本人に同じ		続　　柄	
				電話番号	
参考事項	1　現在までに児童相談所又は知的障害者更生相談所等で診断、判定を受けましたか。　はい　・　いいえ はいの場合　（相談所等の名称と相談年月） 2　施設等に入所していますか。　はい　・　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。　はい　・　いいえ				
※　判定の記録					
障害の程度	（総合判定）	合併障害	（身体障害　　級）	判定年月日	
				次の判定年月	
				判定機関	
		その他の判定所見			

注意事項

1. 申請者氏名は、手帳の交付を受けようとされる本人又は保護者の方の氏名を記入してください。
2. 本人及び保護者の氏名には必ずフリガナを付してください。
3. ※印の欄は記入しないでください。
4. 経由機関においては、個人番号欄に記入誤りがないことを確認のうえ、欄外に㊟等を表記してください。