

様式第2号（第4条関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

※ 交 付 番 号	第 号	※ 交 付 年 月 日	年 月 日
-----------	-----	-------------	-------

療 育 手 帳 交 付 申 請 書

年 月 日

静岡県知事 川勝 平太 様

申請者

次のとおり療育手帳の交付を受けたいので、静岡県療育手帳交付規則第4条の規定により関係書類を添えて申請します。

本 人	住 所	〒 (電話番号 - -)																		
	ふりがな																			
	氏 名																			
	生年月日	年 月 日	個人番号																	
保 護 者	住 所	〒 (電話番号 - -)																		
	ふりがな																			
	氏 名																			
	生年月日	年 月 日	続 柄																	
※ 判 定 の 記 録																				
障 害 の 程 度		合 併 障 害	視 覚 ・ 聴 覚 ・ 言 語 ・ 肢 体 不 自 由 ・ 内 部 疾 患 (身体障害 級)	判 定 年 月 日	年 月 日															
				次期判定年月日	年 月															
				判 定 機 関	児 童 相 談 所 知的障害者更生相談所															

備考

- ※印の欄には、記入しないでください。
- 申請者は、手帳の交付を受けようとする本人又はその保護者としてください。