第２号様式（第６条関係）

経由機関名		進　達	年　月　日 第　　号

療育手帳交付申請書

年　　月　　日

山口県知事　様

申請者

（続柄　　）
（電話番号　　）

療育手帳の交付について、下記のとおり申請します。

本人	ふりがな		生年月日	大正・昭和・平成・令和 年　月　日
	氏　名			
	住　所			
保護者	ふりがな		生年月日	大正・昭和・平成・令和 年　月　日
	氏　名			
	住　所		続　柄	

希望する形態　※ （どちらか一方のみ）	□紙製　　□プラスチック製

1　□（　　）児童相談所
　　□知的障害者更生相談所　で、判定済又は面接判定予定（　　年　　月　　日）

2　身体障害者手帳を持っていますか。
　　はい　→　総合等級　（　　）級
　　内　容　（肢体不自由　聴覚・平衡機能障害　内部障害
　　視覚障害　音声・言語・そしゃく機能障害）
　　いいえ

＜申請される方への注意事項＞

1　申請者氏名は、手帳の交付を受ける本人又は保護者の方の氏名を記入してください。

2　太枠内のみボールペンで記入してください。

3　**裏面に氏名を記入した写真１枚を添付してください。**
　　写真は縦4ｃｍ、横3ｃｍで脱帽して上半身を写したものであること（申請者の申出により、都道府県知事等が、宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭がわかる範囲で頭部を布などで覆うことを認める場合を除く。）

※　手帳カバー及び「療育・相談の記録」（冊子）は、どちらの形態でも交付します。

写真貼付欄

市　町　確　認　事　項（市町記入欄）		
年金等受給の有無	有 無	特別児童扶養手当　（1級・2級） 障害基礎年金　（1級・2級）
施設入所の有無	有 無	施設名 （　　）

判　定　の　記　録　（相談所記入欄）					
障害程度	（総合判定）	合併障害	（身体障害　　級）	判定年月日	年　月　日
				次回判定年月	年　月 無期限有効
				判定機関	