様式第2号

|  |
| --- |
|  |
| 写　　真縦4cm×横3cm上半身・脱帽近影６ケ月以内裏面に氏名記入 |

県受理年月日

市町受理年月日

**療育手帳交付申請書**

令和　　年　　月　　日

広島県知事様

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**□亡失　□破損　□その他（　　　　　　　　） |
| 既存の手帳番号（更新・再交付の場合） |  |  |  |  |  |  |
| 申請者　　　　 （本人） | フリガナ |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 氏名 | 印　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（本人が書く場合は印はいりません） |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 施設等入所の場合（施設名：　　　　　　　　　　　　）援護の実施（　　　　　　　市町） |
| 保護者(18歳未満の場合のみ記入) | フリガナ |  | 続柄 |  |
| 氏名 |  |
| 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。　□はい（令和　　年　　月　　日に判定）□いいえ（令和　　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。　□はい（身体障害者手帳の写しをつけてください）　□いいえ３　県外（広島市を含む）からの転入ですか。□はい（手帳の写しと申出書をつけてください）　　□いいえ |
| 申請書を記入した人 | □本人　　□保護者□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） | □本人　　□保護者□その他（氏名：　　　　　　　　　　　） | 電話番号 |  |

注意事項　１　申請区分は番号を〇で囲んでください。

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，姓と名の間をあけ，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，旧手帳は新手帳と引き換えに返還してください。