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。