

療育手帳交付申請書

鳥取県中部総合事務所長 様

療育手帳の交付を受けたいので、下記により申請します。

年 月 日

申請者

記

本人	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日	性別
	個人番号				
	住所	(電話)			
保護者	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日	続柄
	住所	(電話)			

- 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) _____
- 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) _____
- 特別児童扶養手当又は障害基礎年金を支給していますか。 はい、いいえ
- 身体障害者手帳の交付を受けていますか。 はい、いいえ
はいの場合 (交付年月日と交付番号) _____

※ 判定の記録

障害の程度	(総合判定)	合併障がい	(身体障害 級)	判定年月日	
				次の判定年月	
				判定機関	印

※ 鳥取県特別医療助成条例別表第2号に定める「重度知的障害者」判定の記録

判定基準	障がいの程度 (1) 該当者 (2) 該当者 非該当	(身体障害 級)	判定年月日	
			次の判定年月	
			判定機関	印

注意事項

- 申請者氏名は、手帳の交付を受けようとする本人又は保護者の方の氏名を記入してください。
- 本人及び保護者の氏名にはかならずふりがなを付してください。
- ※印の欄は記入しないでください。

療育手帳再判定依頼書

鳥取県中部知的障害者更生相談所長
鳥取県倉吉児童相談所長 } 様

療育手帳の再判定を受けたいので、下記により申請します。

年 月 日

申請者

記

療育手帳番号		交付年月日		年 月 日	
本人	ふりがな 氏名	(電話)	生年月日	年 月 日	性別
	住所				
保護者	ふりがな 氏名	(電話)	生年月日	年 月 日	続柄
	住所				

- 1 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) _____
- 2 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
- 3 身体障害者手帳の交付を受けていますか。 はい、いいえ
 はいの場合 (交付年月日と交付番号) _____

注意事項

- 1 申請者氏名は、再判定を受けようとす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かならずふりがなを付してください。
- 3 療育手帳の再判定の時に、療育手帳及び身体障害者手帳を持参してください。

様式6

療育手帳氏名等変更届書					
鳥取県中部総合事務所長 様					
私は、 年 月 日、下記のとおり変更しましたのでお届けします。					
年 月 日					
申請者					
記					
療育手帳番号		交付年月日	年 月 日		
本人氏名 <small>ふりがな</small>					
個人番号					
変 更 事 項	本 人	新			
		旧			
	住 所	新			
		旧			
	保 護 者	新		本人との続柄	
		旧		本人との続柄	
	新				
	旧				
年 月 日 療育手帳記帳済み					
市町村福祉事務所長 町 長 印					
第 号					
年 月 日					
職 氏 名 様					
市町村福祉事務所長 町 長 印					
上記のとおり、療育手帳氏名等変更届書が届けられましたのでお知らせします。					
<p>注意事項</p> <p>1 申請者氏名は、本人又は保護者の方の氏名を記入してください。</p> <p>2 本人及び保護者の氏名にはかならずふりがなを付してください。</p> <p>3 個人番号欄は、鳥取県外から転入の場合のみ記入してください。</p>					

療育手帳再交付申請書

鳥取県中部総合事務所長 様

療育手帳の再交付を受けたいので、下記により申請します。

年 月 日

申請者

記

既 交 付 手 帳	交付番号	第	号	理 由	1 破損した						
	交付年月日	年	月		日			2 紛失			
本 人	ふりがな氏名				生 年 月 日			年	月	日	性 別
	住 所	(電話)									
保 護 者	ふりがな氏名				生 年 月 日			年	月	日	続 柄
	住 所	(電話)									
備 考											
<p>注意事項</p> <p>1 申請者氏名は、療育手帳の再交付を受けようとする本人又は保護者の方の氏名を記入してください。</p> <p>2 本人及び保護者の氏名にはかならずふりがなを付してください。</p>											

