

(様式第2号) 療育手帳交付等申請(届)書

滋賀県知事

令和 年 月 日

申請者氏名(本人または保護者)

市町受付印

県受付印

写真

3cm×4cm

上半身脱帽

近影

1年以内に撮ったもの

(続柄)

下記のとおり申請(届出)します。

(1) 申請(届出)事由(項目を○で囲んでください。) ※転入は現手帳の写しおよび申出書を添付

交付申請	1 新規 2 再判定 3 再交付(紛失) 4 再交付(破損) 5 再交付(その他)					
記載事項等 変更	1 居住地変更(県内) 本人・保護者		2 県内転入※		3 県外転出	
変更前 住所・氏名	本人				変更年月日	令和 年 月 日
	保護者					
返還	1 死亡(令和 年 月 日) 2 その他()					
手帳番号	滋賀県 ・ 都・道・府・県・市 第 号					

(2) 本人氏名・住所等

本人	フリガナ							生年月日	昭 平 令 年 月 日	性別	男・女
	氏名										
	個人番号										
	住所							電話(- -)			
保護者	フリガナ							生年月日	昭 平 令 年 月 日	続柄	
	氏名										
	住所										
参 考 事 項	身体障害者手帳を持っていますか。	はい		手帳番号()				等級()級		いいえ	
	現在までに子ども家庭相談センター又は、精神保健福祉センター(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		相談所等の名称()				相談年月日(令和 年 月 日)		いいえ	
	施設等に入所または通所していますか。	はい		施設等の名称()						いいえ	
	特別児童扶養手当、障害児福祉手当、特別障害者手当又は障害基礎年金を受給していますか。	はい		(該当するものを○で囲んでください。)				特別児童扶養手当 ・ 障害児福祉手当 特別障害者手当 ・ 障害基礎年金		いいえ	

(以下は記入しないでください。)

市町担当課連絡事項記入欄