

(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)

(続柄)

市町受付印

県受付印

写 真

3cm×4cm

上半身脱帽

1年以内に撮ったもの近影

※貼らずに添付

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
	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	電話(- -)											
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(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