

療育手帳相談票(18歳未満*新規、再判定用)

本人氏名		性別	男・女	生年月日	平成 年 月 日
本人住所				電話番号	- -
保護者氏名			保護者住所		
家族構成	続柄	氏名	生年月日	職業	備考
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
※続柄については、本人からみた間柄でお書きください。					
療育手帳の取得にあたって相談したところ					
1. 中央子ども家庭相談センター 2. 彦根子ども家庭相談センター 3. 大津・高島子ども家庭相談センター 4. 障害者更生相談所 5. 保育園・幼稚園・学校 6. 医療機関 7. 民生委員 8. 知人 9. ハローワーク 10. 市町障害福祉担当課 11. その他 ()					
療育手帳を取得する理由					
1. 障害福祉サービス等の利用 2. 割引制度 3. 手当 4. 就学 5. 就労 6. 施設入所 7. 勧められたから 9. その他 ()					
本人の現在の生活状況					
1. 就学(学校名:) 2. 就労(会社名:) 3. 作業所(事業所名:) 4. 通所施設(施設名:) 5. 入所施設(施設名:) 6. 入院(病院名:) 7. 在宅 8. その他()					
学歴					
保育園 () 幼稚園 () 小学校 (普級・障級) 中学校 (普級・障級) 高校 () 大学等 ()					

