

療育手帳程度確認申請書

年 月 日

愛媛県福祉総合支援センター所長 様

今治市福祉事務所長 経由

写真
(縦4cm 横3cm)
写真は、裏に市町
名・氏名を記入し、
本書に添付して提出
してください
(注：貼り付けない)

申請者 氏名

障がいの程度の確認を受けたいので、次のとおり申請します。

| | | | | | | | | | | | | |
|------------------|---|------------------------------------|-------|----------|--|------|--------|-------|----|-----|--|--|
| 手帳番号 | | 愛媛・知更相・中児相・福支 東児相・南児相・東支・南支・愛媛県 | | | | 第 号 | 交付年月日 | 年 月 日 | | | | |
| 本人 | ふりがな 氏名 | | | | | 生年月日 | 年 月 日 | | 性別 | 男・女 | | |
| | 住所 | (電話) | | | | | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | | |
| 保護者 | ふりがな 氏名 | | | | | 生年月日 | 年 月 日 | | 続柄 | | | |
| | 住所 | (電話) | | | | | | | | | | |
| 手帳の記録 | (総合判定) | | 合併障がい | (身障手帳 級) | | | 判定年月日 | | | | | |
| | | | | | | | 次の判定年月 | | | | | |
| | | | | | | | 判定機関 | | | | | |
| 参 考 事 項 | 1 現在、施設等(施設・病院)を利用していますか。 はい いいえ はいの場合 <u>入所・通所・入院</u> (該当する項目に○印) (施設等の名称) _____ | | | | | | | | | | | |
| | 2 次の手当又は年金を受給していますか。 はい いいえ はいの場合 <u>特別児童扶養手当・福祉手当・障害基礎年金</u> (該当する項目に○印) 受給開始年月 _____ | | | | | | | | | | | |
| | 3 身体障害者手帳をもっていますか。 はい いいえ はいの場合 <u>番号</u> _____ <u>種</u> _____ <u>級</u> _____ <u>交付年月日</u> _____ <u>障害名</u> _____ | | | | | | | | | | | |
| | 4 精神障害者保健福祉手帳をもっていますか。 はい いいえ はいの場合 <u>番号</u> _____ <u>級</u> _____ <u>交付年月日</u> _____ | | | | | | | | | | | |
| | 5 成年後見制度を利用していますか。 はい いいえ はいの場合 <u>成年後見・保佐・補助</u> (該当する項目に○印) <u>続柄</u> _____ <u>氏名</u> _____ | | | | | | | | | | | |

注1 療育手帳交付(確認)申請調書及び写真(縦4cm横3cmで、脱帽し上半身を写したものの(宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭がわかる範囲で頭部を布などで覆うことを妨げない。))を添付してください。

市町記載内容確認欄