

本人写真 4×3cm 〔一枚目にのみ 添付〕

療育手帳交付申請書

年 月 日

堺市長 殿

郵便番号

住 所 _____

申請者 氏 名 _____

本人との続柄 _____

堺市療育手帳に関する要綱第4条第1項の規定により療育手帳の交付を申請します。

申請区分	新規 転入 (_____ 都道府県・市)	
	旧手帳番号	第 _____ 号

本人	フリガナ氏名		生年月日	年 月 日	
	住所	堺市 区	電話番号		
	個人番号				
保護者	フリガナ氏名		続柄	父 母 配偶者 兄弟姉妹 祖父 祖母 その他 (_____)	
	住所		電話番号		
身体障害者手帳	有 無	等級	級	障害部位	視覚 聴覚 平衡機能 音声・言語そしゃく 肢体不自由 内部機能

判定の記録	総合判定	1. A	2. B1	3. B2	4. 非該当	
	判定年月日	年 月 日				
	次の判定年月	年 月				

注意 申請者氏名は、手帳の交付を受けようとする本人又はその保護者（知的障害者福祉法（昭和35年法律第37号）第15条の2第1項に規定する保護者をいう。）の氏名を記入してください。