

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 肢体不自由	聴覚	平衡機能	音声・言語	そしゃく 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。