

療育手帳障害程度確認申請書

年 月 日

愛媛県中央児童相談所長

様

愛媛県知的障害者更生相談所

福祉事務所長

経由

町長

申請者

印

障害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					交 付	
本人	氏 名	(電話)	生年月日	年 月 日	性別	
	住 所				職業	
保護者	氏 名	(電話)	生年月日	年 月 日	続柄	
	住 所				職業	
手帳の記録	(総合判定)	合併障害	(身障手帳)	判定年月日		
	次の判定年月					
	判定機関					
参 考 事 項	1 施設等（施設・病院・学校）に入所、通学していますか。 はい いいえ はいの場合（施設等の名称）					
	2 手当または年金を受給していますか。 はい いいえ はいの場合 特別児童扶養手当・福祉手当・障害基礎年金 受給開始年月					
	3 身体障害者手帳を持っていますか。 はい 番号 交付年月日 障害名 いいえ					

(添付書類) 療育手帳交付(確認)申請調書を添付してください。

注 記名押印に代えて署名することができます。