様式第２号（第４条関係）

**療育手帳交付申請書**

　　　　　　　年　　月　　日

長崎県知事　様

|  |
| --- |
| **の　　り** |
| １年以内に撮影した縦４㎝×横３㎝で上半身･脱帽・無背景(耐久性のあるもの)裏面に氏名を記載 |

療育手帳の交付を下記のとおり申請します。

　　　　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　印　（続柄　　　　　）

※太枠の中を記入下さい。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人 | フリガナ |  |  | 男・女 | 生年月日 |
| 氏名 | 姓 | 名 | 　年　　月　　日 |  歳 |
| 住所 | 〒 |  |  |  | － |  |  |  |  | 　　電話（　　　　　）　　　　－ |
| 　　　　　　　　市　　　　　　　　町 |
| 施設を利用中の場合　　　　 | 施設名 |
| 保護者 | フリガナ |  |  | 続　柄 |
| 氏名 | 姓 | 名 |  |
| 住所 | 〒 |  |  |  | － |  |  |  |  | 電話（　　　　　）　　　　－ |
| 　　　　　　　　市　　　　　　　　町 |
| 台帳管理 | 市・町 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 市支所受付印 | 市町受付印 | 判定機関受付印 |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| 通信欄： |