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： |