様式第２号（第４条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

※ 交 付 番 号	第　　号	※ 交 付 年 月 日	年　月　日

療 育 手 帳 交 付 申 請 書

年　　月　　日

静岡県知事　　様

申請者　　㊞

（氏名を自署する場合は、押印は不要です。）

次のとおり療育手帳の交付を受けたいので、静岡県療育手帳交付規則第４条の規定により関係書類を添えて申請します。

本人	住　所	〒 （電話番号　　－　　－　　）			
	ふりがな				
	氏　名				
	生年月日	年　月　日	個人番号		
保護者	住　所	〒 （電話番号　　－　　－　　）			
	ふりがな				
	氏　名				
	生年月日	年　月　日	続　柄		
※ 判 定 の 記 録					
障害の程度		合併障害	視覚 聴覚 音声・言語 肢体不自由 内部疾患 （身体障害　級）	判定年月日	年　月　日
				次期判定年月日	年　月
				判定機関	児童相談所 知的障害者更生相談所

備考

１　※印の欄には、記入しないでください。

２　申請者は、手帳の交付を受けようとする本人又はその保護者としてください。