

管轄区	(中 東 西 南 北) 区
受取窓口	(中 東 西 南 北) 区役所 [託麻 河内 城南 天明 幸田 清水 龍田] 総合出張所

療育手帳交付等申請書

写真
縦 4 cm × 横 3 cm

写真は、裏に氏名・生年月日を記入して封筒に入れ、本書に添付してください。

熊本市長 様

申請日 年 月 日

申請者氏名 _____ 印
(自筆又は記名押印)

次のとおり申請します。(該当する項目に○をしてください)

1、交付	<input type="checkbox"/> 新規交付 <input type="checkbox"/> 県外転入 <input type="checkbox"/> 熊本県手帳⇒熊本市手帳 (県手帳番号 第 _____ 号)				
2、再交付	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 表記変更 <input type="checkbox"/> 記載事項余白不足				
→ <u>手帳の表記を選んでください。</u> <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 知的障害者福祉手帳(療育手帳)					
3、再判定	障がいの程度 (A 1・A 2・B 1・B 2) 前回の判定年月日 (年 月 日)				
療育手帳番号	熊本市 第 _____ 号	次回判定年度	_____ 年度	(再)交付年月日	年 月 日
本人	フリガナ	住所	(〒 -)		
	氏名				
	生年月日	年 月 日	TEL	() -	
保護者	フリガナ	住所	(〒 -)		
	氏名				
	生年月日	年 月 日	続柄	TEL	() -

- 現在までに、療育手帳の判定や知能検査を受けたことがありますか。(新規の方のみ)
 はい 相談所等の名称 () 実施日: 年 月 日 いいえ
- 半年以内に知能検査を受けましたか。今後受ける予定がありますか。(新規・再判定の方のみ)
 はい 検査名: 田中ビネー WISC 新版 K 式 実施日: 年 月 日 いいえ
その他 ()
- 特別児童扶養手当又は障害基礎年金を受給していますか。(新規・再判定の方のみ)
 はい 特別児童扶養手当・障害基礎年金 _____ 級 (年 月 日受給開始) いいえ
- 身体障害者手帳や精神障害者保健福祉手帳を所持していますか。(新規・再判定の方のみ)
 はい 身体: 障がい部位 () _____ 種 _____ 級 精神: _____ 級 いいえ
- 現在施設等に入(通)所していますか。(新規・再判定の方のみ)
 はい 施設名称: _____ (入所・通所) いいえ
- 現在、熊本市以外の療育手帳を所持していますか。(熊本県手帳も含む)
 はい 都道府県名: _____ 手帳番号 _____ 号 障がい程度 _____
 いいえ

(申請窓口受付印)	(管轄区受付印)	(相談所受付印)

※熊本県手帳所持者の方は必ずチェックを入れてください

- 再判定年度到達
- 熊本県手帳を紛失・破損等した
- 熊本県手帳を紛失・破損等した (判定要)
- 県内転入で、熊本市手帳が欲しい
- 県内転入で、熊本市手帳が欲しい (判定要)
- 再判定年度が過ぎていたため、判定を受けたい
- 再判定年度到達前だが、判定を受けたい