

管轄区	(中 東 西 南 北) 区
-----	-----------------

療育手帳交付申請書

写真
縦4cm×横3cm

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 令和 年 月 日

申請者氏名 _____

次のとおり申請します。(該当する項目に☑をし、必要事項を記入してください)

交付	<input type="checkbox"/> 新規交付 <input type="checkbox"/> 県外転入
→ 手帳の表記を選んでください。	<input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 知的障害者福祉手帳(療育手帳)
本人	フリガナ _____ 住所 (〒 -)
	氏名 _____
	個人番号 _____
	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 () -

1. 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。

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 ()

2. 現在施設等に入(通)所していますか。

はい 施設名称： _____ (入所・通所) いいえ

3. 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。

はい 身体：障がい部位 () _____種 _____級 精神： _____級 いいえ

4. 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。

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

5. 現在、熊本県・熊本市以外の療育手帳を所持していますか。

はい 都道府県名： _____ 手帳番号 _____ 号 障がい程度 _____
 いいえ

6. 手帳の受取窓口はどちらを希望されますか。

受取窓口	区役所					総合出張所										
	中	東	西	南	北	託	河	天	幸	城	清	龍				

※ 総合出張所を希望される場合、一時的に手帳預かり期間が生じます。

備考

総合出張所・管轄外区役所 受 付 印	管 轄 区 役 所 受 付 印	障がい者福祉相談所 受 付 印