様式第２号

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	□新規交付 □県外転入											
→ 手帳の表記を選んでください。	□ 療育手帳			□ 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 その他（ ） 実施日： 年 月 日 □ いいえ

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						
	中央	東	西	南	北	託麻	河内	天明	幸田	城南	清水	龍田

※ 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。

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

備考

□ 正当な理由なく申請から半年以内に判定に入れない場合（連絡が取れない、面接の来所がない等）は、申請を取り下げたものとみなしますのでご注意ください。