

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								TEL	() -		
保 護 者	フリガナ									住 所	(〒 -)	
	氏 名											
	生年月日								続 柄	TEL	() -	

1. 半年以内に知能検査を受けましたか。今後、療育手帳の判定以外で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						
	中央	東	西	南	北	託麻	河内	天明	幸田	城南	清水	龍田

7. 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。 はい

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