

療育手帳 (新規交付・転入・再判定・再交付) 申請書

手帳番号	浜松市・静岡県 () 第		号	障害の程度 ()
	本人		保護者 (手帳の保護者欄に記載)	
フリガナ				
氏名			男・女	男・女
個人番号(マイナンバー)			続柄: 父・母・その他 ()	
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		昭和・平成・令和 年 月 日	
居住地	〒 浜松市 区		<input type="checkbox"/> 同左 〒 市	
アパート名				
電話番号	手帳の保護欄に記載される番号	-	面接等連絡先	<input type="checkbox"/> 手帳の保護者欄に記載される番号と同じ - - 自宅・携帯 (続柄)
身体障害者手帳が (ある・ない・申請中)	障害名	肢体・視覚・聴覚・音声言語・心臓・呼吸器・その他 ()		
	手帳番号	浜松市・静岡県 () 第	等級	() 級
再判定	(理由) 1再判定時期到来 2障害程度の変化 3身体障害者手帳の取得			窓口受付印
再交付	(理由) 1破損 2紛失 3写真変更 4記載欄終了 5浜松市の手帳に切り換え 6その他 _____			
転入	次期再判定まで、前住所地の療育手帳の使用を希望 (する・しない) 前住所地の判定資料を活用した判定を希望 (する・しない) ⇒希望する場合、別紙「申出書」を提出 ⇒希望しない場合、新規申請同様に浜松市での検査・聞き取りが必要			判定機関受付印
(あて先) 浜松市長 (児童相談所扱・障害者更生相談所扱) 療育手帳の(新規交付・転入・再判定・再交付)を受けたいので上記のとおり申請します。 18歳になって初めて再判定を受ける方 <input type="checkbox"/> 判定にあたり、浜松市児童相談所の相談・判定記録を活用することに同意します。 ↑ 同意チェック 令和 年 月 日 (本人または保護者) 申請者氏名 _____ (署名又は記名押印をしてください)				

<福祉事業所記入欄 (太枠内)>

写真	有・無 (面接日に持参)	判定日に有・無	判定機関	児童相談所・更生相談所
判定面接日	月 日 () 時 分~	判定年月日 (来・巡)	令和 年 月 日	
国籍	(日本語 可・不可)	交付日	令和 年 月 日	
連絡事項	受付者 ()	療育手帳交付番号		
		障害の程度 前回 ()		
管理: 中・東・西・南・浜北・北・天竜 受取: 中・東・西・南・浜北・北・天竜・春・佐・水・龍		次期判定年月	令和 年 月・不要	