

調 査 票

申請者氏名

- 1 現在までに児童相談所又は知的障害者更生相談所等で診断判定を受けましたか。
- 1 はい 相談所等の名称 浜松市児童相談所 ・ 浜松市障害者更生相談所
(該当する相談所名を○で囲んでください。)
- 2 いいえ
- その他 _____
- 2 前回の判定から今回の判定までに、医療機関等で知能検査または発達検査を受けましたか。
- 1 はい 時期 _____ 年 _____ 月頃 _____ ・ 不明
- 検査名 (田中・鈴木) ビネー式・新版 K 式発達検査・WISC・WAIS・不明
(該当する検査名を○で囲んでください。)
- 2 いいえ
- 3 現在、施設等に入所または病院等に入院していますか。(入院の方は病院名を記入してください。)
- 1 はい 施設等の名称 _____
- 入所(入院)年月 _____ 年 _____ 月
- 2 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。
- 1 はい 2 いいえ 3 申請中
- 5 障害児福祉手当又は特別障害者手当を受給していますか。
- 1 はい 2 いいえ 3 申請中

(注)

- 1 本票は、療育手帳交付申請書又は療育手帳再判定申請書を提出するときに、記入の上添付してください。
- 2 該当する番号を○で囲んでください。

【 社会福祉課確認用 】

個人番号確認（本人）	個人番号カード・通知カード・その他（ ）・なし
本人確認書類（本人）	個人番号カード・療育手帳・運転免許証・その他（ ）
新規・再判定・転入・再交付	<input type="checkbox"/> 受付簿記入
新 規	<input type="checkbox"/> 写真 <input type="checkbox"/> 同意書(18 歳以上用) <input type="checkbox"/> 新規申請者調査票（18 歳以上用）
転 入	<input type="checkbox"/> 写真（次期判定ありで継続使用を希望する場合は不要） <input type="checkbox"/> 申出書 <input type="checkbox"/> 手帳の写し <input type="checkbox"/> 変更届（前住所地の手帳内容から氏名、保護者が変更になる場合）
外国人	<input type="checkbox"/> 通訳の要・不要 <input type="checkbox"/> 手帳への通称名記載の希望（通称名は本名の下に（ ）で記載）