

## 第2-1号様式

写 真 3cm×4cm  1枚  貼らずに お持ちください
---

## 療育手帳交付申請書

令和 年 月 日

(申請者)

住所 〒

氏名

本人との続柄

電話番号

三重県知事あて

療育手帳の交付を受けたいので、次により申請します。

申請事由		新規交付 ・ 他都道府県からの転入による交付															
知的障 がい 者 本 人	フリガナ							生年月日	年 月 日								
	氏 名																
	住 所	〒 □申請者に同じ						電話番号									
	個人番号																
保 護 者	フリガナ							続 柄									
	氏 名																
	住 所	〒 □申請者に同じ						電話番号									
	1. 直近の判定についてご記入ください。 判定機関 <table border="1"><tr><td>・三重県障害者相談支援センター</td></tr><tr><td>・三重県（ ）児童相談所</td></tr><tr><td>・其他都道府県（ ）</td></tr></table> 判定年月日 [昭・平・令 年 月 日] 2. 施設等に入所していますか（グループホームを含む） はい <table border="1"><tr><td>連絡先 名称</td></tr><tr><td>（上記住所 と 住所〒</td></tr><tr><td>違う場合） 電話番号</td></tr></table> ・ いいえ 3. 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 ・ いいえ												・三重県障害者相談支援センター	・三重県（ ）児童相談所	・其他都道府県（ ）	連絡先 名称	（上記住所 と 住所〒
・三重県障害者相談支援センター																	
・三重県（ ）児童相談所																	
・其他都道府県（ ）																	
連絡先 名称																	
（上記住所 と 住所〒																	
違う場合） 電話番号																	

◎個人番号チェック欄

所管市町	
------	--

<input type="checkbox"/> 番号確認 (番号が正しいか)	<input type="checkbox"/> 本人確認 (番号の正しい持ち主か)
--	---

※ 判 定 の 記 録			
障 が い の 程 度		判定年月日	
		次の判定年月	
		判定機関	

◎県受付欄

--

◎市町受付欄

--

## 注意事項

- 申請者氏名は手帳の交付を受けようとする本人又は保護者の方の氏名を記入してください。
- 本人及び保護者の氏名には必ずフリガナを付してください。
- ※の欄は記入しないでください。