

# 療育手帳交付申請書

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

長崎県知事 様

療育手帳の交付を下記のとおり申請します。

申請者 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

のり
1年以内に撮影した 縦4cm×横3cmで 上半身・脱帽・無背景 (耐久性のあるもの) 裏面に氏名を記載

太枠の中を記入下さい。

本人	フリガナ			男	生年月日			
	氏名	姓	名	・	年	月	日	歳
	個人番号			女				
	住所	〒	□□□□	-	□□□□	電話( )	-	
	施設を利用 中の場合	施設名						
			市					
			町					

保護者	フリガナ					続柄
	氏名	姓	名			
	住所	〒	□□□□	-	□□□□	電話( )

台帳管理	市・町
------	-----

通信欄：
------

市支所受付印	台帳管理市町受付印	判定機関受付印