様式第２号（第４条関係）

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４㎝×横３㎝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・女	生年月日									
	氏名	姓	名		年　月　日								歳	
	個人番号													
	住所	〒　　－ 市 町			電話（　　）　　－									
	施設を利用中の場合	施設名												

保護者	フリガナ			続　柄
	氏名	姓	名	
	住所	〒　　－ 市 町	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