

療育手帳交付等申請(届出)書

栃木県知事

様

年 月 日

次のとおり申請(届出)いたします。

3cm	写真
4 cm	脱帽して上半 身を写したも の

- 1 交付申請(新規・転入・その他)
- 2 程度確認
- 3 再交付申請(破損・紛失・余白なし・その他)
- 4 記載事項変更(氏名・住所・その他)
- 5 返還(転出・治癒・死亡・その他)

申請者氏名

(本人・保護者・施設長・市町村長)

(本人署名の場合は押印省略可)

印

手 帳 番 号	交 付 年 月 日
	年 月 日

本人欄

フリガナ							
氏 名	生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日	性 別	男・女	職 業	
住 所	(電話)						

保護者欄

フリガナ							
氏 名	続 柄			職 業			
住 所	(電話)						

他県から転入の場合、前住所と旧療育手帳番号を記入してください。

本人前住所

旧療育手帳番号

保護者前住所

施設等に入所又は通所している場合、施設名を記入してください。

施設名

(入所 ・ 通所)

判 定 機 関 記 入 欄

障害程度	障害名・合併障害	身障等級	判定年月日	次期判定年月
			年 月 日	年 月

- 1 とちぎリハビリテーションセンター
- 2 中央児童相談所
- 3 県南児童相談所
- 4 県北児童相談所

受 付 (確 認) 印

市 町	健康福祉センター	市福祉事務所	判定機関	処理機関
-----	----------	--------	------	------