

## 療育手帳交付申請書

令和 年 月 日

秋田県福祉相談センター所長 宛

申請者氏名 \_\_\_\_\_

療育手帳の交付を受けたいので、次により申請します。  
(該当する番号を○(丸印)で囲んでください。)

- 1 新規交付
- 2 次期判定年月到来による再判定
- 3 他の都道府県又は指定都市から転入(都道府県市名: \_\_\_\_\_)
- 4 その他( \_\_\_\_\_ )

写 真  
(4 cm × 3 cm)仮止めして  
ください。

本 人	個人番号				性別	男・女
	フリガナ				生年 月日 (年齢)	昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)
	氏名					
	住所	〒 _____			電話番号	
保 護 者	フリガナ		続柄		生年 月日 (年齢)	昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)
	氏名		職業			
	住所	〒 _____			電話番号	

保護者以外の  
者が手続きを  
代行している  
場合

連絡先 氏名	所 属	
	電話番号	

- ※1 写真は、申請前おおむね1年以内に撮影したものであって、縦4 cm、横3 cmで脱帽して上半身を写したものとする(申請者の申出により、秋田県福祉相談センター所長が、宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭がわかる範囲内で頭部を布などで覆うことを認める場合を除く。)
- ※2 申請者氏名欄には、手帳の交付を受けようとする本人又は保護者の氏名を記入してください。
- ※3 本人の電話番号は、保護者と異なる場合のみ記入してください。
- ※4 手続きに関する事で連絡することがありますので、保護者の電話番号は日中連絡の取りやすい番号を記入してください。

	市福祉事務所・町村	児童相談所	福祉相談センター
収 受 印 欄			
進 達	年 月 日		