

本庁受付

判定機関受付

区福祉事務所受付

療育手帳申請届出書

本人の旧住所・氏名（届出事由が06・07の場合は記入してください。）

氏名	
住所	

保護者の旧住所・氏名（届出事由が08・09の場合は記入してください。）

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名			
住所			続柄

様式第1号（第4条、第9条、第10条、第11条関係）

（宛先）さいたま市長

年 月 日

申請者住所 _____

申請者氏名 _____ （本人との関係 _____）

下記のとおり申請します。申請事由（該当する項目の数字を○で囲んでください。）

10 新規	11 市内転入（転入先 都道府県・市）	12 再判定
-------	---------------------	--------

再交付	13 紛失	14 破損	15 その他()	手帳作成
内容変更	06 本人氏名	07 本人住所	08 保護者 09 保護者住所	
返 還	20 市外転出(転出先 都道府県・市)	21 死亡		必要
	22 非該当	23 その他()		不要

本人氏名・住所等

フリガナ		性 別	
氏 名		生年月日	年 月 日
住 所			
電話番号			
個人番号			

保護者氏名・住所等

フリガナ		続柄	1 父 2 母 3 兄弟姉妹 4 祖父母
氏 名			5 おじ 6 おば 7 施設長
生年月日			8 雇用主 9 その他()
住 所			
電話番号			

手帳番号		交付年月日		等級	
------	--	-------	--	----	--

変更（返還）年月日	年 月 日
-----------	-------

参考事項

① 現在までに児童相談所又は知的障害者更生相談所で相談・診断・判定を受けましたか。
はい（ 年 月頃・場所 _____ ）
いいえ

② 施設に入所していますか。
はい（1 就労 2 就学 3 入所 4 通所）
施設名 _____
5 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。
1 はい（1級・2級）
2 申請中 3 いいえ

④ 身体障害者手帳をお持ちですか。
1 はい（手帳番号 _____ 都道府県・市 第 _____ 号）
2 申請中 3 いいえ

判定の記録

障害の程度	判定年月日	程度変更(再判定の場合のみ)	有・無
	次の判定年月	身障合併による等級変更	有・無

伺 当該申請について上欄のとおり、決定してよろしいか伺います。

担 当		所 長	起案
			決裁