

(例)

べつてんようしき (別添様式1)

療育手帳判定申請書

岩手県福祉総合相談センター 所長 様

療育手帳の判定(新規判定・再判定)を受けたいので、下記により申請します。

この欄はご本人が記入してください (記入が難しい場合は保護者の方が記入してください)

申請日 令和4年4月1日

申請者氏名(自署) 岩手山男

記

この欄は必ず書いてください

当社はまるもののみ書いてください

本人氏名	岩手山男	生年月日	昭和平成 1年 1月 1日 (満 32歳)
療育手帳の番号	第 02000015 号	号(昭和・平成・令和)	4年 1月 1日交付
現在の状況	保護者 岩手盛男	(昭和・平成)	34年 1月 1日生) 続柄 父
※再判定のみ記載	総合判定	<input checked="" type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B
住所	〒0200-0015 (※建物名、施設名までご記入ください) 盛岡市本町通3-19-1		
住所	療育手帳に記載されている住所を記入してください		
手帳の返送住所	療育手帳に記載されている住所と異なる住所への送付を希望する場合は、その住所を記入してください		
連絡先	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 (TEL 019-629-9613)		
※都合の良い連絡先を記載	<input type="checkbox"/> 携帯電話 (TEL -)		
	<input type="checkbox"/> 上記以外 (TEL -)		
	都合の良い時間帯 : ~ : <input checked="" type="checkbox"/> いつでもよい		
福祉サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (複数可) 1. 入所 ②. 通所 ③. グループホーム 4. 相談 5. その他		
事業所等利用状況	名称 ○○ホーム 利用開始日 平成〇年4月~		
	名称 △△園(B型)		
	<input type="checkbox"/> 無		
職業・学校	<input type="checkbox"/> 有 会社名・学校名 : (就労の場合) 業務内容 : 勤務開始日 : 年 月 ~		
	<input type="checkbox"/> 無		
健康状況	<input type="checkbox"/> 特記無		
	<input checked="" type="checkbox"/> 通院中 医療機関名 : ○○クリニック (科名 □□科)		
	受診開始日 : 年 月 ~		
	<input type="checkbox"/> 入院中 入院日 : 年 月 ~		
療育手帳以外の障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無		
	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ○種 ○級 傷病名及び障害名 ○○による□□機能障害		
	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 級		
年金・手当	<input checked="" type="checkbox"/> 障害基礎年金 (1 級) <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 (級) <input type="checkbox"/> その他 ()		

※ 記入時の注意事項および添付書類については裏面をご覧ください。

＜記入時の注意事項＞

1. 申請者氏名は、判定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。
2. 当てはまる文字を○で囲み、□にレの印を付けてください。
3. 申請書への記載を代行する場合は、対象者の個人情報に対する守秘義務を厳守してください。
4. 次に記載する添付書類についても記載漏れ、添付漏れのないようご注意ください。

＜添付書類について＞

次に記載する添付書類について、提出漏れがないか□に✓を入れ、同封してください。

1. 新規判定申請の場合

- 別添様式2 生活状況評価表
- 別添様式3 同意書
- 本人確認書類の写し

2. 再判定申請の場合

- 別添様式2 生活状況評価表
- 別添様式3 同意書
- 療育手帳

※療育手帳を添付しない場合は、下記の当てはまる理由欄□に✓を入れてください。

再交付申請中

通学・通勤などの交通割引のために常時使用中（別途、当所あて郵送または持参してください）

- 療育手帳の写し

※療育手帳提出の場合も添付してください。

- 同意者の本人確認書類の写し

※同意書の本人署名が難しい場合のみ添付