

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 _____ 印 (続柄 _____)

のり
1年以内に撮影した
縦4cm×横3cm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	生年月日					
	氏名	姓	名	・	昭和	年	月	日	歳	
	個人番号			女	平成					
	住所	〒							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	〒				電話 ()

台帳管理	市・町
------	-----

通信欄：

市支所受付印	市町受付印	判定機関受付印
--------	-------	---------