

療育手帳交付・再判定申請時調査票

—— 太枠線を記入してください。 年 月 日 （記入者 ）

フリガナ 本人氏名	男	小： 学校（ 普通・特別支援 ）	
	女	中： 学校（ 普通・特別支援 ）	
	年 月 日生（ 歳）	高： 学校 卒・中退	
連絡方法 （希望に○を）	1. 自 宅（Tel — — ）		2. 携帯電話等（Tel — — ）
	3. 勤務先（Tel — — ）		4. 他（ ）
来所の希望	☐ 午前希望 ☐ 午後希望 ☐ いつでもよい ☐ その他（ ） ☐ 離島保健所での判定希望		
来所する際の同行予定者（氏名 続柄： ）			

家 族	続柄	氏 名	生年月日	年齢	同別離死	学校・職業等	備 考
			. .				
			. .				
			. .				
			. .				
本 人	18歳までに知的障害があったとみられる事実をくわしく書いてください						
	施設 利用	. .		就 労	. .		
		. .			. .		
		. .			. .		
		. .			. .		
	医療・保健		定期通院先（ ）・入院先（ ）				
	手 帳		身体障害者手帳：無・有（ 種 級）		精神障害者保健福祉手帳： 無 ・ 有（ 級）		
	手当・年金		特別児童扶養手当（ 無・有： 級） 特別障害者手当等（ 無・有 ） 障害年金（ 無・有 ）				
	相 談 歴		無 ・ 有（ 年 月頃、場所： ）				
	申 請 理 由						

*備考（市町村受付担当者意見・連絡事項・経過等）
担当者氏名

