療育手帳交付・再判定申請時調査票

※ ――太線内を記入してください。　　年　月　日（記入者：　　）

本人	フリガナ　： 名　前　： 生年月日：　　年　　月　　日（　　歳）
来所等調整 の連絡先	※平日午前9時から午後5時までに連絡が取れる連絡先をお書きください。 連絡先：□父　□母　□本人　□その他（　　） 方法：□電話（自宅・携帯電話・勤務先） 電話番号：　　―　　― □上記以外（　　）
来所の希望	時間：□午前　□午後　□いつでもよい　□その他（　　） 場所：□離島保健所
来所する際の同行予定者（氏名：　　）	続柄：　　）

	続柄	氏名	生年月日	年齢	同居 別居	職業・ 学校等	備考
家族	父		・　・				
	母		・　・				
			・　・				
			・　・				
			・　・				
			・　・				
			・　・				

就学前:	幼稚園・保育園・こども園
小:	学校　年（通常学級・特別支援学級（知的）・特別支援学級（知的以外））
中:	学校　年（通常学級・特別支援学級（知的）・特別支援学級（知的以外））
高:	学校（　卒業　・　中退　・　在学中　　年　）
18歳以降の所属（進学先や今まで働いた会社・作業所など）	
現在利用中の事業所等:	
※18歳までに知的障害があったとみられる事実を詳しく書いてください（再判定の場合は不要）	
※申請理由をお書きください。	
医療	定期通院先（　　）・入院先（　　）
診断書 検査結果	知的障害の診断（　無　・　有　） 他機関での知能検査の実施（　無　・　有　）　IQ: ※診断書や知能検査結果がありましたら、来所される日にお持ちください。
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））
手当等	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、相談先:　　）

※備考（市町担当者意見・連絡事項・経過等） 担当者氏名: