

# 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 \_\_\_\_\_ (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 ・ 女	生年月日				
	氏名	姓	名		昭和 平成	年	月	日	歳
	個人番号								
	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	台帳管理市町受付印	判定機関受付印