別記第２号様式（第５条、第９条関係）

療育手帳（交付・更新）申請書

（※新規の方は「交付」に○を、更新の方は「更新」に○をして申請してください。）

年　　月　　日

和歌山県知事　様

申請者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

療育手帳の交付(更新) を受けたいので、次により申請します。

本人	ﾌﾘｶﾞﾅ 氏　名	姓	名	生年月日	年　月　日 （満　　歳）	性別	男 女
	個人番号						
	住　所 電話番号	〒□□□－□□□□ ☎					
保護者	ﾌﾘｶﾞﾅ 氏　名	姓	名	生年月日	年　月　日 （満　　歳）	続柄	
	住　所 電話番号	〒□□□－□□□□ ☎					

参考事項	①施設に入所又は通所していますか。	□はい　□入所　□通所 施設名： □いいえ
	②特別児童扶養手当又は、障害基礎年金を受給していますか。	□はい　□特別児童扶養手当 （有期認定年月　　年　　月） □障害基礎年金 □いいえ
更新申請用	（既交付手帳） 和歌山・　　第　　号 （障害の程度）　A1・A2・B1・B2	（県外から転入された方） 都道府県市　　第　　号 （障害の程度）

初回交付年月日	前回判定年月日	次期判定年月	前回判定機関名
年　月　日	年　月　日	年　月	

（注意事項）　　**※※※　申請者は上記太枠内のみ記入　※※※**

1　申請者氏名には、本人又は保護者氏名を記入してください。
2　県外から転入された方は、旧居住地で交付されている療育手帳の写しを添付してください。
3　本人又は保護者の氏名・住所に変更がある場合は、変更届も一緒に提出してください。
4　写真1枚(横2.5cm×縦3cm（正面、帽子を被らず、上半身を写したもの)を添付してください。
　※例外として、申請者の申出により、都道府県知事が宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭が分かる範囲で覆うことを認める場合を除く。

判　定　の　記　録

障害の程度		
	判定年月日	年　月　日
	次期判定年月	年　月
	判定機関名	
	備　考	

受　付　印

県	市町村	面接希望場所（市町村で記入）
		□判定機関（　　） □巡回相談（実施場所：　　） □入所施設（施設名：　　） □その他（　　）