

### 療育手帳交付申請書

年 月 日

茨城県知事殿

申請者 印

のりづけ  
写真（縦4cm 横3cm）  
で脱帽して上半身  
を写したもので裏に  
市町村名と氏名を記入  
して下さい。）

0	1										
本人	フリガナ	氏	名	生年	大正 平成			性	男		
	氏名			月日	昭和 年 月 日			別	女		
	住所	都道府県			市	郡	町				
	電話番号	-			職業						
保護者	フリガナ	氏	名	生年	大正 平成			続柄			
	氏名			月日	昭和 年 月 日						
	本人との同居状況	1 同居 2 別居	住所同居は記入不要	都道府県	市	郡	町				
	電話番号	-			職業						
参考事項	1 現在までに児童相談所又は福祉相談センター等で診断、判定を受けましたか。										
	1 はい 0 いいえ										
	2 施設（但し、通所施設は除く）に入所していますか。 1 はい 0 いいえ										
はいの場合 (施設等の名称) _____											
3 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。											
1 はい 0 いいえ											
* 1 判定の記録											
障害の程度	(総合判定)	特記事項				判定年月日	4平成 年 月 日				
	1 (A)					次の判定年月	4平成 年 月 日				
	2 A					判定機関					
	3 B										
4 C					(身体障害 級)						
判定機関コード	01福祉相談センター, 11福祉相談センター(中央児童相談所), 12福祉相談センター(日立児童分室), 13福祉相談センター(鹿行児童分室), 21土浦児童相談所, 31筑西児童相談所										

※2	管轄市町村コード								
判定機関記入欄	本人市町村コード								
	保護者市町村コード								
※3 県記入欄		施設コード							

市町村受付 (※他県から転入の場合)	福祉相談センター受付 児童相談所受付	県受付
.	.	.

注意事項 ・記名押印に代えて署名することができます。  
・※印の欄は記入しないで下さい。