別記第２号様式

療育手帳交付申請書

熊本県知事　様

写真
縦4cm×横3cm
写真は、裏に住所・氏名を記入して封筒に入れ、本書に添付してください。

申　請　日　　年　　月　　日

申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印
（自筆又は記名押印）

熊本県療育手帳交付要項に基づき、次のとおり申請します。

本人	ﾌﾘｶﾞﾅ		住　所	（〒　　－　　）
	氏名			
	個人番号			
	生年月日	年　月　日	ＴＥＬ	（　　）　　－
保護者	ﾌﾘｶﾞﾅ		住　所	（〒　　－　　）
	氏名			
	続柄		ＴＥＬ	（　　）　　－

１．現在までに、下記の場所で療育手帳の判定や知能検査を受けたことがありますか。
□　はい　　福祉総合相談所、＿＿＿児童相談所、＿＿＿＿知的障害者更生相談所
＿＿＿保健所、その他医療機関等（　　）
実施日：　　年　　月　　日　検査種類：新版K式・WISC　・その他（　　）
□　いいえ

２．施設等に入（通）所していますか。
□　はい　　施設名称：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　入所　・　通所　）
□　いいえ

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。
□　はい　　特別児童扶養手当＿＿＿級（　　年　　月　　日受給開始）
障害基礎年金　＿＿＿級（　　年　　月　　日受給開始）
□　いいえ

４．身体障害者手帳や精神障害者保健福祉手帳を所持していますか。
□　はい　　身体：肢体・視覚・聴力・内部・その他　＿＿＿種＿＿＿級
精神：＿＿＿級
□　いいえ

５．他県からの転入で、現在、他県の療育手帳を所持していますか。
□　はい　　都道府県名：＿＿＿＿　手帳番号＿＿＿＿号　障害程度＿＿＿＿
□　いいえ

６．熊本市からの転入（過去に転入した場合を含む）で、現在、熊本市の療育手帳を所持していますか。
□　はい　　→「はい」の場合、右欄も記入。→
□　いいえ

７．療育手帳は、どちらの表記を選択されますか。
□　療育手帳
□　知的障害者福祉手帳（療育手帳）

（町村・福祉事務所受付印）	（相談所受付印）

療育手帳番号　：熊本市第　　号
障害程度　　：A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2
前回の判定年月日：　　年　　月　　日
次回判定年度　：　　年度
申請理由：
□ 熊本市の手帳が再判定年度となったため、判定を受ける必要がある。
□ 熊本市の手帳が再判定年度を過ぎているため、判定を受ける必要がある。
□ 熊本市の手帳は再判定年度前だが、判定を受けたい。
□ 熊本市の手帳を紛失・破損等したため、新しい手帳（県の手帳）がほしい。
□ 熊本市の手帳を持っているが、県の手帳がほしい。