

療育手帳 交 再 交 付 申 請 書

年 月 日

沖縄県知事 殿

申請者 印

療育手帳の交付・再交付を受けたいので、次により申請いたします。

本人	氏名	生月	明 大 昭 平 治 正 和 成	性別	男・女
	住所	年 日	年 月 日 生	職業	
保護者	氏名	生月	明 大 昭 治 正 和	続柄	
	住所	年 日	年 月 日 生	職業	
参 考 事 項					
1 現在までに児童相談所又は知的障害者更生相談所で相談・判定を受けたことがありますか。 (1) はい 「はい」の場合 (相談所の名称) _____ (2) いいえ (相談年月日) _____年 月 日					
2 施設等に入(通)所していますか。 (1) はい 「はい」の場合 (施設等の名称) _____ (2) いいえ					
3 障害基礎年金、特別児童扶養手当又は特別障害者手当等を受給していますか。 (1) はい 「はい」の場合 (手当等の名称) _____ (2) いいえ					
4 療育手帳再交付の場合 手帳記号番号 _____ 第 _____ 号 当初交付年月日 _____年 月 日 再交付理由 イ 紛失 ロ 破損又は著しい汚損 ハ 記載欄に余白がない					
※ 判 定 の 記 録					
障害の程度	(総合判定)	合併障害	(身体障害者手帳 級)	判定年月日	年 月 日
				次の判定年月	年 月
			判定機関		
	その他の判定所見				

記入上の注意

- 申請者の氏名は、手帳の交付を受けようとする本人又は保護者の氏名を記入してください。
- 本人及び保護者の氏名及び住所には振り仮名を付してください。
- ※印の判定の記録の欄は、記入しないでください。
- 再交付申請の際は、交付の文字は抹消して再交付申請書とし、参考事項の4の数字を○印で囲み、元の手帳の記号番号を記入するとともに、再交付理由は該当するものを選んでその記号を○印で囲んでください。

生 育 歴	<p>1. 出産・発育状態          在胎（ ）週 熟産・早産 体重（ ）g          分娩異常 ない・ある（仮死・微弱陣痛・その他： ）          始歩（ ）歳（ ）ヶ月 始語（ ）歳（ ）ヶ月</p>
	<p>2. 医師から診断を受けたことのある診断名  <u>『精神遅滞』または『知的障害』と診断されたことはありますか？</u>          ① ある いつ（ ）年（ ）月          ② ない          ③ わからない（ ）  <u>『精神遅滞（知的障害）』以外に診断されたことはありますか？</u>  <u>（複数ある場合は、すべてに○をつけて下さい）。</u>          自閉症スペクトラム（広汎性発達障害・アスペルガー障害を含む）・学習障害（LD）          注意欠陥/多動性障害（ADHD） ・その他（診断名： ）</p>
	<p>3. 知能検査（または発達検査）歴          これまでに知能検査（または発達検査）を受けたことがありますか？（ある・ない）          最近検査を受けたのはいつですか？（ ）年（ ）月          検査名 ・WISC ・WAIS ・田中ビネー ・新版Ⅹ式 ・遠城寺式          ・その他（ ） ・わからない          どこで検査を受けましたか？          ・病院（ ） ・学校 ・教育委員会 ・市町村役場          ・その他（ ）</p>
	<p>4. 教育歴          （ ） 小学校（普通学級・特別支援学級・特別支援学校）          （ ） 中学校（普通学級・特別支援学級・特別支援学校）          （ ） 高校/特別支援学校高等部          （ ） 大学/専門学校</p>
	<p>5. 合併症・その他の疾患など          [ ]</p>
	<p>6. その他の障害者手帳          身体障害者手帳（ ）級          障害名（ ）          精神障害者保健福祉手帳（ ）級</p>
	<p>7. 施設（障害者支援施設、障害児入所施設、等）利用歴          （ある・ない） 施設名（ ）</p>
	<p>8. 療育手帳に関する相談・判定歴          児童相談所 判定年月 年 月 日 結果（ ）          知的障害者更生相談所 判定年月 年 月 日 結果（ ）</p>
手帳申請の理由・その他	