様式２

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 療育手帳交付申請書  職　氏名　様  療育手帳の交付を受けたいので、下記により申請します。  年　　　月　　　日  申請者  記 | | | | | | | | | | | |
| 本  人 | ふり　がな  氏　名 | |  | | | | 生  年  月  日 | 年　　月　　日 | | 性  別 |  |
| 個人番号 | |  | | | |
| 住　所 | | （電話　　　　　　） | | | |
| 保護者 | ふり　がな  氏　名 | |  | | | | 生  年  月  日 | 年　　月　　日 | | 続  柄 |  |
| 住　所 | | （電話　　　　　　） | | | |
| １　現在までに児童相談所又は知的障害者更生相談所等で診断、判定を受けましたか。  は　い 、　い　い　え  はいの場合（相談所等の名称と相談年月）  ２　施設等に入所していますか。 　 は　い 、　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支給していますか。  は　い 、　い　い　え  ４　身体障害者手帳の交付を受けていますか。 は　い 、　い　い　え  はいの場合（交付年月日と交付番号） | | | | | | | | | | | |
| ※　　判　定　の　記　録 | | | | | | | | | | | |
| 障  害  の  程  度 | | （総合判定） | | | 合  併  障  が  い | （身体障害　　級） | 判定年月日 | |  | | |
| 次の判定年月 | |  | | |
| 判定機関 | | 印 | | |
| ※　鳥取県特別医療助成条例別表第２号に定める「重度知的障害者」判定の記録 | | | | | | | | | | | |
| 判　定　基　準 | | | | 障がいの程度  （１）該当者  （２）該当者  非該当  　（身体障害　　級） | | | 判定年月日 | |  | | |
| 次の判定年月 | |  | | |
| 判定機関 | | 印 | | |
| 注意事項  １　申請者氏名は、手帳の交付を受けようとする本人又は保護者の方の氏名を記入してください。  ２　本人及び保護者の氏名にはかならずふりがなを付してください。  ３　※印の欄は記入しないでください。 | | | | | | | | | | | |

様式４

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 療育手帳再判定依頼書  　　職　氏名　様  療育手帳の再判定を受けたいので、下記により申請します。  年　　　月　　　日  申請者  記 | | | | | | | | |
| 療育手帳番号 | |  | 交付年月日 | | | 年　　月　　日 | | |
| 本人 | ふり　がな  氏　名 |  | | 生  年  月  日 | 年 　月　 日 | | 性  別 |  |
| 住　所 | （電話　　　　　　） | |
| 保護者 | ふり　がな  氏　名 |  | | 生  年  月  日 | 年　 月　 日 | | 続  柄 |  |
| 住　所 | （電話　　　　　　） | |
| １　施設等に入所していますか。  は　い 、　い　い　え    はいの場合（施設等の名称）  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 、　い　い　え  ３　身体障害者手帳の交付を受けていますか。  は　い 、　い　い　え  はいの場合（交付年月日と交付番号）  注意事項  １　申請者氏名は、再判定を受けようとする本人又は保護者の方の氏名を記入してください。  ２　本人及び保護者の氏名にはかならずふりがなを付してください。  ３　療育手帳の再判定の時に、療育手帳及び身体障害者手帳を持参してください。 | | | | | | | | |

様式６

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 療育手帳氏名等変更届書  職　氏名　様  私は、　　年　　月　　日、下記のとおり変更しましたのでお届けします。  年　　　月　　　日  申請者  記 | | | | | | | | |
| 療育手帳番号 | | |  | | 交付年月日 | | 年　　月　　日 | |
| ふりがな  本人氏名 | | |  | | | | | |
| 個人番号 | | |  | | | | | |
| 変  更  事  項 | 本  人 | ふりがな  氏名 | 新 |  | | | | |
| 旧 |  | | | | |
| 住所 | 新 |  | | | | |
| 旧 |  | | | | |
| 保  護  者 | ふりがな氏名 | 新 |  | | 本人との続柄 | |  |
| 旧 |  | | 本人との続柄 | |  |
| 住所 | 新 |  | | | | |
| 旧 |  | | | | |
| 年　　月　　日 療育手帳記帳済み  市町村福祉事務所長  町　　　　　　　長　　　　　　　　印 | | | | | | | | |
| 第　　　　　　号  年　　　月　　　日  職氏名 様  市町村福祉事務所長  町　　　　　　　長　　　　　　　　印  　上記のとおり、療育手帳氏名等変更届書が届けられましたのでお知らせします。 | | | | | | | | |
| 注意事項  １　申請者氏名は、本人又は保護者の方の氏名を記入してください。  ２　本人及び保護者の氏名にはかならずふりがなを付してください。  ３　個人番号欄は、鳥取県外から転入の場合のみ記入してください。 | | | | | | | | |

様式７

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 療育手帳再交付申請書  職氏名　 様  療育手帳の再交付を受けたいので、下記により申請します。  年　　　月　　　日  申請者  記 | | | | | | | | |
| 既  交付  手  帳 | 交付番号　　　　第 　　　　　　　号  交付年月日  　　　　 　　　　年　　　月　　　日 | | 理  由 | １　破損した  ２　紛　失  ３　記載欄がなくなった。  ４　障がいの程度の変更  ５　その他（　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 本  人 | ふりがな  氏　　名 |  | | | 生  年  月  日 | 年　 月　 日 | 性  別 |  |
| 住　　所 | （電話　　　　　　　　 ） | | |
| 保  護  者 | ふりがな  氏　　名 |  | | | 生  年  月  日 | 年　 月　 日 | 続  柄 |  |
| 住　　所 | （電話　　　　　　　　　） | | |
| 備  考 |  | | | | | | | |
| 注意事項  １　申請者氏名は、療育手帳の再交付を受けようとする本人又は保護者の方の氏名を記入してく  　　ださい。  ２　本人及び保護者の氏名にはかならずふりがなを付してください。 | | | | | | | | |

様式８

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 療育手帳返還届書  職　氏名　様  療育手帳を、下記により返還します。  年　　　月　　　日  住所  返還者  　　　氏名  （手帳本人以外の場合、本人との続柄　　　　）  （連絡先電話番号 　　　　　　　　　　　　 ）  記 | | | | |
| 療育手帳番号 | | 第　　　　　　　　　　号 | 交付年月日 | 年　　　月　　　日 |
| ふりがな  本人氏名 | |  | | |
| 返  還  理  由 | １　新たな手帳の交付を受けたため  　２　亡失した手帳を発見したため  　３　障がいを有しなくなったため  　４　本人が死亡したため（死亡年月日：　　　　年　　月　　日）  　５　その他（　　　　　　　　　　　　 　） | | | |
| 注意事項  １　本人氏名にはかならずふりがなを付してください。  　２　交付を受けた者が死亡したときであって、保護者による返還が出来ない事情がある場合に限っては、保護者以外の者が届け出るものとします。 | | | | |