

3cm
写真 ・脱帽・上半身 ・原則として1年 以内に撮影した もの ・写真はのりづけ しないでくださ い。
4cm

療育手帳交付申請書

年 月 日

大阪府知事様

郵便番号
申請者 住所
氏名

本人との続柄

大阪府療育手帳に関する規則第3条第1項の規定により、療育手帳の交付を申請します。

申請区分	11 新規
	12 他の都道府県又は指定都市（大阪市及び堺市を除く。）から転入（ 県・市）
	13 大阪市又は堺市から転入

旧手帳番号	第 号
-------	-----

本人	フリガナ			生年	大正	年 月 日	
	氏名			月	昭和		
				日	平成		
					令和		
住所	大阪府 市 町						
	郡 村						
	コード	2	7			電話番号	— —
個人番号							

保護者	フリガナ			続	柄	
	氏名					
住所	大阪府 市 町					
	郡 村					
	コード	2	7			電話番号

身体障害者	有	等		障害	名
手帳	無	級		級	

判定の記録	総合判定	1 A	2 B 1	3 B 2
		4 非該当（理由： ）		
	判定年月日	年 月 日		
	次の判定年月	年 月		

(判定機関)

判定機関コード

印