



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		生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日
	氏名				
	住所	大阪府 市 町 郡 村	コード	2 7	電話番号

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

身体障害者手帳	有 無	等 級	障 害 名
---------	-----	-----	-------

判定の記録	総合判定	1 A 2 B1 3 B2 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

