

療育手帳（新規・更新・再）交付申請書

年 月 日

大 阪 市 長 様

申請者	住所	
	氏名	
	続柄	本人・その他（ ）

療育手帳の（新規・更新・再）交付を受けたいので次により申請します。

本人	ふりがな		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	男 女	
	氏名			( 歳 )						
	個人番号									
	住所	(〒 - )								
保護者	学校・勤務先等									
	ふりがな		生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日	本人との続柄		
	氏名									
住所	(〒 - ) □本人と同じ									
日中の連絡先		【該当先に○】自宅・携帯・勤務先			電話 ( )					

新規交付	1. これまでに下記の機関で判定を受けたことがありますか。 : [ はい ・ いいえ ] 「はい」に○をつけられた方は、以下の項目のご記入をお願いします。 判定を受けた年月 : [ 令和 ・ 平成 ・ 昭和 年 月 ] 判定を受けた機関 <input type="checkbox"/> 大阪府中央こども相談センター・大阪府南部こども相談センター・大阪府北部こども相談センター <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 5px auto;">           こども相談センターでの相談内容を判定に活用することに同意します。            ( 保護者氏名 : )         </div> <input type="checkbox"/> 他都市の児童相談所 (都道府県・市名 ) <input type="checkbox"/> 大阪市立心身障がい者リハビリテーションセンター <input type="checkbox"/> 他都市の知的障がい者更生相談所 (都道府県・市名 )									
	2. 今までに療育手帳（認定カード）の交付を受けたことがありますか。 はい [都道府県 (市) 名 番号 次回判定年月 年 月] ・ いいえ									
	3. 現在、施設に入所または医療機関に入院していますか。 はい [名称 ] ・ いいえ									
	4. 次の手帳をお持ちですか。 はい [ <input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 ] ・ いいえ									

<input type="checkbox"/> 更新交付	療育手帳番号	大阪市 第 号
-------------------------------	--------	---------

※判定機関へ行くことができない場合は、その理由を記載してください。  
 [ ]

<input type="checkbox"/> 再交付	再交付の理由	<input type="checkbox"/> 亡失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 [ ]
------------------------------	--------	--

所管区 区 (本人住所と異なる場合は記入)

決裁欄	起案年月日	課長	課長代理	係長	担当	
	・					
	決裁年月日					
	・					