

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)					
	住所	(〒 -)							
学校・勤務先等									
保護者	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"/> 大阪市中央こども相談センター・大阪市南部こども相談センター・大阪市北部こども相談センター <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 5px 0;"> 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					