

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													
	個人番号													
	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・その他（ ） 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 □ 大阪市（中央・北部・南部）こども相談センター 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 :) □ 他都市の児童相談所（都道府県・市名） □ 大阪市立心身障がい者リハビリテーションセンター □ 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 [□身体障がい者手帳 □精神障がい者保健福祉手帳] ・ いいえ													

□ 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。
[]

□再交付	再交付の理由	□亡失 □き損 □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					
	・ ・					