

愛護手帳(療育手帳)交付等申請(届出)書

青森県知事 殿

令和 年 月 日

申請者氏名(本人または保護者) 返還の場合は届出者名

市町村受付印

県受付印

写 真

3cm×4cm

上半身脱帽

近影(1年以内)

ポラロイド・家庭ブ

リント不可

㊟(続柄) (自署の場合は、押印省略可)

下記のとおり申請(届出)します。

(1) 申請(届出)事由(項目を○で囲んでください。) ※転入は現手帳の写しおよび申出書を添付

交付申請	1 新規 2 再判定 3 再交付(紛失) 4 再交付(破損) 5 再交付(その他)					
記載事項等	1 居住地変更(県内) 本人・保護者		2 県外から転入※		3 県外へ転出	
変更	4 氏名変更 本人・保護者		5 保護者変更			
変更前	本人				変更年月日	令和 年
住所・氏名	保護者					
返 還	1 死亡(令和 年 月 日) 2 その他( )					
手帳番号	第 号(交付年月日 年 月 日 程度 A・B)					

(2) 本人氏名・住所等

本人	フリガナ		生年月日	昭和・平成・令和		性別	男・女
	氏名			年 月 日			
	住所	電話( - - )					
保護者	フリガナ		生年月日	昭和・平成		続柄	
	氏名			年 月 日			
	住所	電話( - - )					
参 考 事 項	身体障害者手帳は持っていますか。		はい 手帳番号 級			いいえ	
	現在までに児童相談所又は、障害者相談センターで診断、判定を受けましたか。		はい 相談所等の名称( ) 相談年月日(令和 年 月 日)			いいえ	
	施設等に入所または通所していますか。		はい 施設等の名称( )			いいえ	
	特別児童扶養手当又は障害基礎年金を受給していますか。		はい(該当するものを○で囲んでください。) 特別児童扶養手当・障害基礎年金			いいえ	

※判定の記録(以下は記入しないでください。)

障害の程度	(総合判定)	合併障害	身体障害手帳番号 第 号等級( 級)	判定年月日	
				次の判定月	
				判定機関	