

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・家庭プリント不可

(印)(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 変更	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 4 氏名変更 本人・保護者 5 保護者変更				
変更前 住所・氏名	本人				変更年月日
	保護者				令和 年 月 日
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 年 月 日	性別	男・女
	氏名				
保護者	フリガナ	生年月日	昭和・平成 年 月 日	続柄	
	氏名				
	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