

療育手帳交付申請書

年 月 日

(宛先)
秋田県知的障害者更生相談所長

申請者氏名
(※1) _____

(※2)
写 真
(4cm×3cm)

仮止めして
ください。

療育手帳の交付を受けたいので、次により申請します。
(該当する理由の番号を○(丸印)で囲んでください。)

- 1 新規交付
2 次期判定年月到来による再判定
3 他の都道府県又は指定都市から転入(都道府県市名: _____)
4 その他(_____)

個人番号 (マイナンバー)															生年月日	昭和・平成・令和		年	月	日
本人	フリガナ												年齢	歳	DV・虐待等の被害者に 係るマイナンバー制度に おける不開示等の設定 ☐ 希望する (※4を確認し、希望す る場合はレ点(チェッ クマーク)を入れてくだ さい。)					
	氏名																			
	住所	〒 _____ 施設名(※3) 電話番号 _____																		
保護者	フリガナ												生年月日	昭和・平成・令和		年齢	歳			
	氏名																			
	住所	〒 _____											続柄							
	電話番号(※5) _____											職業								
保護者以外の者が手続を代 行している場合													連絡先 氏名			所属 電話番号				

- ※1 申請者氏名欄には、手帳の交付を受けようとする本人又は保護者の氏名を記入してください。なお、本人が18歳未満である場合は、原則として保護者が申請してください。
- ※2 写真は、申請前おおむね1年以内に撮影したものであって、縦4cm横3cmで脱帽して上半身を写したものとします(申請者の申出により、秋田県知的障害者更生相談所長が、宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭がわかる範囲内で頭部を布などで覆うことを認める場合を除く。)
- ※3 施設に入所している場合は、施設名を記入してください。
- ※4 マイナンバーカードをDV・虐待等の加害者が所有している場合、マイナポータルを用いて避難先(都道府県名など)につながる情報が加害者に伝わる可能性がありますので、情報の不開示及び自動応答不可の設定を希望する場合はレ点を入れてください。
- ※5 手続に関することで連絡することがありますので、保護者の電話番号は日中連絡の取りやすい番号を記入してください。

	市福祉事務所・町村	児童相談所	知的障害者更生相談所
収受印欄			
進達	年 月 日		