

療育手帳障がい程度確認申請書

年 月 日

愛媛県福祉総合支援センター所長  
愛媛県 子ども・女性支援センター所長  
福祉事務所長  
町長 様  
経由

写真  
(縦4cm 横3cm)  
写真は、裏に市町  
名・氏名を記入し、  
本書に添付して提出  
してください  
(注:貼り付けない)

申請者 氏名  
本人との続柄 ( )

障がいの程度の確認を受けたいので、次のとおり申請します。

Table with columns for application number, date, name, gender, and address. Includes a section for '知的障がい者本人' (Person with intellectual disability).

知的障がい者本人の個人番号を記載してください。

Table for guardian information (保護者) including name, birth date, and address.

Table for medical record (手帳の記録) including assessment date and level.

Table for reference items (参考事項) with 5 questions regarding facility use, allowances, and support systems.

注1 療育手帳交付(確認)申請調書及び写真(縦4cm横3cmで、脱帽し上半身を写したものを(宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭がわかる範囲で頭部を布などで覆うことを妨げない。))を添付してください。

市町記載内容確認欄