

(療育手帳交付申請書裏面)

参 考 事 項	現在まで児童相談所又は心身障害者総合相談所等で診断、判定を受けましたか。					
	はい	相談所等の名称		いいえ		
		相談年月日				
	施設等に入所していますか。					
	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	番号・記号		いいえ			
※ 判 定 の 程 度 の 記 録	障 害 の 程 度	総合判定		合 併 障 害 (身体障害 級)	判 定 日 年 月 日	
		A	B		次の判定 年 月 日	
				判定機関		

(注)2 ※欄は、記載しないでください。