

療育手帳交付申請書

年 月 日

(宛先)

秋田県子ども・女性・障害者相談センター所長

申請者氏名(※1) _____

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(_____)

(※2)
写 真
(4 cm × 3 cm)

仮止めして
ください。

本 人	個人番号(マイナンバー)					
	フリガナ		生年	昭和・平成・令和		
	氏名		月日	年	月 日	
			(年齢)	(歳)		
住 所	〒					
	施設名(※3)	電話番号				
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措置の設定			<input type="checkbox"/> 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。)			
保 護 者	フリガナ		続柄		生年	昭和・平成・令和
	氏名		職業		月日	年 月 日
					(年齢)	(歳)
住 所	〒					
電話番号(※5)						

保護者以外の者
が手続を代行し
ている場合

連絡先		所 属	
氏 名		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、秋田県子ども・女性・障害者相談センター所長が、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。)

(裏面に続く)

- ※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。また、本人の電話番号は、保護者と異なる場合のみ記入してください。
- ※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 手続に関する事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	子ども・女性・障害者 相談センター
収 受 印 欄			
進 達	年 月 日		