

上部1cmだけ貼付
してください。

写真
4 × 3 cm

申請者（本人又は保護者）

本	ふりがな		生年 月日	昭 平 令	年	月	日	
	氏名							
人	住所	(電話 - -)						
保	ふりがな		生年 月日	昭 平 令	年	月	日	続 柄
	氏名							
護 者	住所	(電話 - -)						
備 考								

市町村
受付印

受付番号
※記載不要

1. 現在までに児童相談所又は知的障害者更生相談所で判定等を受けましたか。
いいえ はい （相談所名・相談年月）

2. 施設等に入所していますか。 いいえ はい （施設等の名称）

3. 身体障害者手帳を持っていますか。 いいえ はい
（障害名 _____ 第 _____ 号 _____ 種 _____ 級）

4. 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。
いいえ はい （級別 _____ 級 _____ 番号 _____ 号）

5. 本人が病弱等により児童相談所等に出向けない状態ですか。
いいえ はい

6. 障害福祉サービス受給者証を持っていますか。 いいえ はい （支給市町村名）

7. 最近、知能・発達検査を受けましたか。
いいえ はい （実施年月） （実施場所）
（検査名）

面接日 令和 年 月 日 午前・午後 時	※ 判 定 の 記 録		本人氏名		年齢	
	療育手帳 総合判定	A1（最重度） A2（重度） B1（中度） B2（軽度） 非該当 確認期間（ ）年後				
	備 考					
	上記のとおり判定する。 令和 年 月 日 長					

[illegible]