（様式１－１）

療育手帳新規交付申請書

大分県知事　殿

年　　月　　日

申請者

申請者連絡先　（　　－　　－　　）

療育手帳の新規交付を受けたいので、次により申請いたします。

本人	フリガナ			生年月日	年　月　日
	氏　名				
	個人番号				
	住　所	（〒　　－　　）			
保護者	フリガナ		続 柄	生年月日	年　月　日
	氏　名				
	住　所	（〒　　－　　）			
希望する手帳の形態（どちらか一方のみ）		☐ 紙型		☐ カード型	
参考事項	現在までに児童相談所または知的障害者更生相談所で診断や判定を受けましたか。 （ はい ・ いいえ ） 「はい」の場合は相談所等の名称と判定（診断）年月日を記入してください。 〔　　相談所 〕 〔　　年　　月　　日 〕				

【注意事項】
1. 申請者は、手帳の交付を受けようとする本人又は保護者の方となります。
2. 本人及び保護者の氏名には必ずフリガナを付けてください。
3. 縦4cm×横3cmｻｲｽﾞの脱帽して上半身を写した本人が一人で写っている写真を添付してください。
   写真の裏面に氏名と生年月日を記入してください。概ね6ヶ月以内に撮った写真にしてください。
   なお、家庭のプリンターによる印刷写真は不可です。
4. 氏名及び住所については、住民基本台帳に登録されている内容で記入してください。

※ 市町村確認事項（市町村記入欄）	
手帳の形態	☐ 形態の違いによるメリットやデメリットについて説明済
個人番号	☐ 記載あり
氏名・住所表記	☐ 住民基本台帳と一致 ☐ 住民基本台帳と異なるため加筆修正（鉛筆書き）

写真貼付欄

＊裏面に氏名と生年月日を記入