

3 cm
写真
・脱帽・上半身
・原則として1年以内に撮影したもの
・写真はのりづけしないでください。

療育手帳交付申請書

令和 年 月 日

大阪府知事様

郵便番号
申請者 住所
氏名

印

本人との続柄

大阪府療育手帳に関する規則第3条第1項の規定により、療育手帳の交付を申請します。

申請区分	1 1 新規
	1 2 他の都道府県又は指定都市（大阪市を除く。）から転入（ 県・市）
	1 3 大阪市から転入
	旧手帳番号

本人	フリガナ 氏名		性別		生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和
	住所		電話番号			
	コード					

保護者	フリガナ 氏名		性別		続柄	
	住所		電話番号			
	コード					

身体障害者手帳	有 無	等 級		障害名	
---------	--------	--------	--	-----	--

判定の記録	総合判定	1 A	2 B1	3 B2	4 非該当
	判定年月日		年 月 日		
	次の判定年月		年 月		

(判定機関)

判定機関コード

印

注：申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかにより記載してください。

(府庁用)