

様式第 1 号
愛護手帳(療育手帳)交付等申請（届出）書
青森県知事 殿

年 月 日
申請者氏名（本人または保護者） 返還の場合は届出者名

市町村受付印	県受付印	写 真 3cm×4cm 上半身脱帽（県知事が宗教上または医療上の理由により顔の輪郭が分かる範囲で頭部を布などで覆うことを認める場合を除く。） 近影（1年以内）・ポラロイド・家庭プリンタ不可
--------	------	---

(続柄)

下記のとおり申請（届出）します。

(1) 申請（届出）事由（項目を○で囲んでください。）※転入は現手帳の写しおよび申出書を添付

交 付 申 請	1 新規 2 再判定 3 再交付(紛失) 4 再交付(破損) 5 再交付（その他）					
記載事項等	1 居住地変更（県内）本人・保護者 2 県外から転入※ 3 県外へ転出					
変 更	4 氏名変更 本人・保護者 5 保護者変更					
変 更 前	本人				変更年月日	年
住所・氏名	保護者					月 日
返 還	1 死亡（ 年 月 日） 2 その他（ ）					
手 帳 番 号	第 号（交付年月日 年 月 日 程度 A・B ）					

(2) 本人氏名・住所等

本 人	フリガナ							生年月日	年 月 日			性 別	男・女
	氏 名								年 月 日				
	住 所	電話（ — — ）											
	個人番号					—					—		
保 護 者	フリガナ							生年月日	年 月 日			続 柄	
	氏 名								年 月 日				
	住 所	電話（ — — ）											
参 考 事 項	身体障害者手帳は持っていますか。							はい 手帳番号 級			いいえ		
	現在までに児童相談所又は、障がい者相談センターで診断、判定を受けましたか。							はい 相談所等の名称（ ） 相談年月日（ 年 月 日）			いいえ		
	施設等に入所または通所していますか。							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(該当するものを○で囲んでください。) 特別児童扶養手当・障害基礎年金			いいえ		

※判定の記録（以下は記入しないでください。）

障 がい の 程 度	(総合判定)	合併障がい	身体障害手帳番号 第 号等級(級)	判定年月日	
				次の判定月	
				判 定 機 関	