

療育手帳更新申請書・現況調査票

奈良県知的障害者更生相談所長 殿

申請日 令和 年 月 日

申請者

療育手帳の更新を下記の通り申請します。

ふりがな		生年月日
本人氏名		S・H 年 月 日(歳)
本人住所		電話
保護者氏名		続柄()
保護者住所		電話

□文書による判定を希望します。(希望される場合は、を記入ください。)

家族・生活状況				
続柄	氏名	生年月日	同居・別居	学校・職業等
入所先	※施設やグループホームに入所されている場合は記入ください。			
就労・通所状況	※就労・通所されている場合は記入ください。			
身辺処理	自立・部分的に介助が必要・全般的に介助が必要			
金銭管理	本人・その他の者が管理			
移動	交通機関を利用できる・近所へは出かける・一人では外へ出られない			
手帳	身体障害者手帳:有(級)・無 精神障害者保健福祉手帳:有(級)・無			
年金・手当	障害基礎年金:有(級)・無 特別障害者手当:有・無			
障害支援区分	無・有(1・2・3・4・5・6・不明)			
相談支援事業所				
特記事項				

※太線枠内を記入してください。

判定年月日	令和 年 月 日	ケース番号	システム入力 <input type="checkbox"/>
判定結果	療育手帳 A1 A2 B1 B2	次回判定	年 月 / 不要
決裁	所長	次長	所員
			担当