

告 示

埼玉県告示第三百四十五号

埼玉県療育手帳制度要綱の一部を改正する告示を次のように定める。

平成三十年四月三日

埼玉県知事 上 田 清 司

埼玉県療育手帳制度要綱の一部を改正する告示

埼玉県療育手帳制度要綱（平成十四年埼玉県告示第千三百六十五号）の一部を次のように改正する。

様式第一号を次のように改める。

様式第1号（第4条関係）

療育手帳交付申請書

(宛先)

埼玉県知事

年 月 日

申請者住所 _____

申請者氏名 _____ ㊟

下記のとおり申請します。

申請事由（該当する数字を○で囲んでください。）

10 新規	11 県内転入（転入前 都道府県・市）	12 再判定
-------	---------------------	--------

本人氏名・住所等

個人番号																				
フリガナ												性別	1 男・ 2 女							
氏名												生年月日	年 月 日							
住所	都道府県 市 郡																			
	コード																			
電話番号	()																			

参考事項（該当する数字を○で囲み、所要事項を記入してください。）

① 現在までに児童相談所又は知的障害者更生相談所で相談・診断・判定を受けたことがありますか。
 1 はい（ 年 月頃・場所_____ ）
 2 いいえ

② 施設に入所等していますか。
 1 はい（就労・就学・入所・通所施設名_____）
 2 いいえ

③ 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。
 1 はい（1級・2級）
 2 申請中 3 いいえ

④ 身体障害者手帳をお持ちですか。
 1 はい（手帳番号_____都道府県・市 第_____号）
 2 申請中 3 いいえ

注意事項 記名押印に代えて署名することができます。

交付機関
受 付

判定機関
受 付

市 町 村
受 付

保護者氏名・住所等

フリガナ												続柄	1 父母 2 兄弟姉妹 3 祖父母 4 おじおば 5 施設長 6 雇用主 7 その他（ ）						
氏名																			
生年月日	年 月 日																		
住所	都道府県 市 郡																		
	コード																		
電話番号	()																		

療育手帳交付番号（再判定の場合は記入してください。）

手帳番号	埼玉県第 _____ 号	交付年月日	年 月 日	等級	
------	--------------	-------	-------	----	--

様式第五号を次のように改める。

様式第5号（第9条関係）

療育手帳交付届出書

(宛先)
埼玉県知事

年 月 日

届出者住所 _____

届出者氏名 _____ (印)

下記のとおり届け出ます。

届出事由（該当する数字を○で囲んでください。）

再交付	13（紛失） 14（破損） 15（その他）	手帳作成
内容変更	06（本人氏名） 07（本人住所） 08（保護者） 09（保護者住所）	
返還	20（県外転出） 転出先 都道府県・市 21（死亡） 22（非該当） 23（その他）	必要 不要

本人氏名・住所等

個人番号	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									
フリガナ	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									
氏名	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ 生年月日 年 月 日									
住所	都道府県 市 郡									
	コード _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									
電話番号	() _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									

手帳番号	埼玉県第	号	交付年月日	年 月 日
------	------	---	-------	-------

参考事項（該当する数字を○で囲み、所要事項を記入してください。）

① 施設に入所等していますか。 1 はい（就労・就学・入所・通所施設名 _____） 2 いいえ
② 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。 1 はい（1級・2級） 2 申請中 3 いいえ
③ 身体障害者手帳をお持ちですか。 1 はい（手帳番号 _____ 都道府県・市 第 _____ 号） 2 申請中 3 いいえ

注意事項 記名押印に代えて署名することができます。

交付機関 受付

市 町 村 受 付

本人の旧氏名・住所（届出事由が06・07の場合は記入してください。）

氏名	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ ()									
住所	都道府県 市 郡									
	コード _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									

保護者の氏名・住所（届出事由が08・09の場合は記入してください。）

新										旧										
フリガナ	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _										_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									
氏名	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ 続柄										_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									
生年月日	年 月 日										年 月 日									
住所	都道府県 市・郡										都道府県 市・郡									
	町・村										町・村									
コード _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _										コード _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _										
電話番号	() _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _										() _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									

変更（返還）年月日	年 月 日
-----------	-------

附 則

この告示は、平成三十年七月一日から施行する。