

様式（2）

療育手帳交付申請書

北海道知事様

年 月 日

申請者

(電話番号)

療育手帳の交付を受けたいので、次により申請いたします。

Form with fields for Applicant (本人) and Guardian (保護者), including Name, Birth Date, Residence, and Gender.

Form with fields for Reference (参考) and Items (事項), including consultation records, facility entries, and special allowances.

Table for Record of Judgment (※ 判定の記録) with columns for Disability Degree, Judgment Date, and Judgment Agency.

注 1) 申請者氏名は、手帳の交付を受けようとする本人又は保護者の方の氏名を記入してください。
注 2) ※欄は、記載しないでください。