

## 療育手帳交付判定願書

年      月      日

北九州市長様

申請者 住 所

氏 名

療育手帳の交付を受けたいので、障害状況の判定をお願いします。

福祉事務所

交付対象者	フリガナ 氏 名			
	生年月日		性 別	
	住 所			
身体障害者手帳の有無				
施設入所の有無				

総 合 判 定	A 1      ・      A 2      ・      A 3      ・      B 1      ・      B 2      ・      非該当		
次 回 判 定			
判 定 予 約 日			
現状の障害程度		判定年月日	
身障手帳番号		種別（          種）	等級（          級）
備                  考			
<p>上記のとおり判定しました。</p> <p>年                  月                  日</p> <p>（判定機関）</p> <p>印</p>			