

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	A1 A2 A3 B1 B2 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					
上記のとおり判定しました。					
年 月 日					
(判定機関)				印	