

療育手帳確認申請書

令和 年 月 日

高知県知事様

申請者(本人又は保護者)

上部1cmだけ貼付してください。

写真 4×3cm

療育手帳の確認を受けたいので、次により申請します。

Form with fields for Applicant (本人) and Guardian (保護者), including name, birth date, address, and phone number.

市町村受付印

受付番号 ※記載不要

備考 section containing 7 numbered questions regarding consultation, facilities, and medical status.

Interview record table with columns for date, assessment record, name, age, and assessment level (A1-A2, B1-B2, etc.).

第1号様式の裏面

() 様

利用できる制度の参考例

○印をつけた制度に該当する可能性がありますので、町村役場、福祉事務所にご相談ください。

1 特別児童扶養手当（20歳未満）

（注）療育手帳がA1又はA2であれば、診断書の添付は必要ありません。

2 障害児福祉手当（20歳未満）

3 特別障害者手当（20歳以上）

4 重度心身障害児療育手当（18歳未満）

（注）障害児福祉手当を受給している場合は該当になりません。

※ 上記1～4の手当については、施設に入所している場合は、該当になりません。

5 重度心身障害児（者）医療費公費負担制度（福祉医療）

6 心身障害者扶養共済制度

（注）加入資格は、加入者（保護者）が65歳未満であること。

保護者とは、本人の配偶者、父母、兄弟姉妹、祖父母又はその他の親族であって、現に本人を扶養している者。

※※その他、次のような制度もあります。

① 国税、地方税の控除及び減免（自動車税等）

② 公営住宅の抽選回数の特典

③ NHK放送受信料の免除（市町村民税非課税世帯）

④ 県立、県営の諸施設の入場料の免除

⑤ JR等の運賃割引制度

療育手帳の判定後、障害の程度に変化が生じた場合、確認判定期限前であっても確認判定の申請を行うことができます。