

手帳・手当等の状況

＊今までに病院などで診断等を受けている場合は、下記について記入してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 障がいの  状況 | 障がい名 |  | | |
| 種　　別 |  | 診断機関 |  |
| 諸検査の結果等  （実施年月日） |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 障がいの  状況 | 障がい名 |  | | |
| 種　　別 |  | 診断機関 |  |
| 諸検査の結果等  （実施年月日） |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 交付されている手帳等 | □ 療育手帳（　Ａ　・　Ｂ　）　　　　年　　月　　日　取得  □ 精神保健福祉手帳（　　　　　　級）　　　　年　　月　　日　取得  □ 身体障がい者手帳（　　　種　　級）　　　　年　　月　　日　取得 |

|  |  |
| --- | --- |
| その他  手当・年金等 | □ 特別児童扶養手当（　　　級）　　　　　　　年　　月　　日　取得  □ 障がい児福祉手当　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　取得  □ 特別障がい者手当　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　取得  □　　　　　　　 　　　　　　　　　　 年　　月　　日　取得  □ 　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　取得  □　　　　　　　　　　　　　　　　　 年　　月　　日　取得  □　　　　　 　　　　　　　　　　　　 　　 年　　月　　日　取得 |