

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 |