



６　受給している手当、年金があれば受給開始時期を教えてください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　分 | 特別児童扶養手当 | 障害基礎年金 | 障害児福祉手当 | 特別障害者手当 | 介護手当 |
| 有　・　無 | 有　・　 | 有　・　 | 有　・　 | 有　・　 | 有　・ |
| 受給開始時期 | 年　　月 | 年　　月 | 年　　月 | 年　　月 | 年　月 |

７　現在までに児童相談所又は知的障害者更生相談所等で検査を受けましたか。

　　　ア　はい　　　　　　　イ　いいえ

　はいの場合　検査を受けた機関　　　○○病院　　　　　　検査年月　　H27年　５月

　　　　　　　　　検査名　　　　WISC-Ⅲ　　　　　　　 検査結果の有無　【　　・　無　】

８　身体障害者手帳をお持ちですか。　 はい （　　　　　級） イ いいえ

|  |
| --- |
| 本票は、静岡県療育手帳交付規則第４条の規定による療育手帳交付申請書、同規則第12条の規定による再判定申請書を提出するときに、記入の上添付してください。 |