

発達支援登録証交付（再交付）申請書

年 月 日

大分県発達障がい者支援センター 所長 殿

申請者 \_\_\_\_\_ (印)

(代理人の場合本人との関係 \_\_\_\_\_)

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

発達支援登録証の交付（再交付）を受けたいので次により申請します。

本人	ふりがな		性別	生年月日	昭和・平成	年	月	日		
	氏名		男	固定電話						
			女	携帯						
	住所	〒								
PC メール					携帯メール					
障害者手帳	身体障害者	有・無	第	号	種	級	診断名			
	療育	有・無	第	号	A 1・A 2		IQ			
	精神保健福祉	有・無	第	号		級	診断名			
保護者（ご家族）	ふりがな		続柄		固定電話					
	氏名				携帯					
			住所	〒						
	PC メール					携帯メール				
	県外にお住まいのご家族の連絡先（災害時等使用）			氏名						
				住所	〒					
緊急連絡先										
再交付	理由									
	前回交付年月日	年	月	日	登録番号	第	号			

添付書類 1 診断書又は検査結果証明書

個人情報の取り扱いに関する同意

大分県発達障がい者支援センター センター長 殿

私は、発達支援登録を行うにあたり、上記の個人情報の取扱いに関する説明を受け、同意します。

年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 印