（・）

をいるみなさまへ（18のかたへ）

コロナウィルスのための

ののとりあつかいについて（）

コロナウィルスのをするために、ののをすることができます。

１

　　の①と②のどちらもあてはまるかた

　①　ののが、からまでのかた

　②　のかた（のにおいて、がいセンター（「センター」といいます。）ではじめてをかた。）

２

　　（のがのかたは、までとなります。）

３

　・　するためにはいるへのがです。

　・　「の（）」をいるにするかもってきてください。

　　　　（※のもってください。）

４　のについて

・　のをしたかたも、のをに、、とをすることができます。

・　は、センターからします。

　（は、のにより、ごにそえないもありますので、あらかじめください。）

 ・　のは、マスクや、のをします。

　　　するは、に・いただきますよういたします。

**18のについては、へください。**

＜・＞

・この、、・にこと

市・町・村　　　　　　　　　課　電話　　　-　　　-

・、にこと

がいセンター　がい　　06-6692-5263

（・）

の

　　あて

がするについて、のをいただくようします。

　　〒

　・

　　　　　　　　　　　　（：との　　　　）

　　〒

市町村記入欄

　次の判定年月の延長　　　　　□　手帳記載変更　　　□　証明書発行

　　　　　延長前の次の判定年月（　年　月）→延長後の次の判定年月（　年　月）

**障がい（児）者、ご家族の皆さまへ**

**この申請書は、郵送にて市町村障がい福祉担当課にご提出ください。**

**障がい（児）者、ご家族の皆さまへ**

**この申請書は、郵送にて市町村障がい福祉担当課にご提出ください。**

**障がい（児）者、ご家族の皆さまへ**

**この申請書は、郵送にて市町村障がい福祉担当課にご提出ください。**

療育手帳次の判定年月延長証明書

**障がい（児）者、ご家族の皆さまへ**

**この申請書は、郵送にて市町村障がい福祉担当課にご提出ください。**

　この方が所持する療育手帳は下記により次の判定年月が延長されているものであることを証明します。

１　対象となる方の氏名・生年月日

　　氏　　名

　　生年月日　昭和・平成　　　年　　月　　日

２　延長後の次の判定年月

　　令和　　年　　月

（市町村証明欄）

　公印