

申 出 書

過去に療育手帳の交付判定を行った機関の判定資料をできるだけ活用して、判定等を行ってくれるよう申し出ます。

判定を受ける者： _____

生 年 月 日： _____

年 月 日

申出者 現住所： _____

旧住所： _____

氏 名： _____

(本人でない場合は、続柄 _____)

※ 申出者は、療育手帳交付申請書の申請者と同一人で、手帳の交付を受けようとする本人または保護者の方となります。保護者とは、親権を行う者、配偶者、後見人その他の者で知的障害者を現に監護する者のことです。

※ 判定を受けた者が18歳以上である場合であって、かつ保護者が申請者となる場合、本申請書の提出をもって、本人が同意していることを証します。