

申 出 書

過去において、療育手帳の判定を行っている判定機関の判定資料をできるだけ活用して判定を行ってください。

判定を受けた者：

生年月日： 年 月 日

療育手帳番号

年 月 日

大分県こころとからだの相談支援センター所長 殿

(大分県知的障害者更生相談所)

申出者氏名

(判定を受けた者との続柄)

-
- 1 申出者は、療育手帳交付申請書の申請者と同一で、手帳の交付を受けようとする本人又は保護者となります。

※ 保護者とは、知的障害者福祉法第15条の2第1項によるもの