

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。

(ふりがな)
判定を受けた者の氏名 _____

生年月日： S. H. R _____ 年 _____ 月 _____ 日

現住所： _____

前住所： _____

旧判定機関： _____ 児童相談所・知的障害者更生相談所

次期判定年月： _____ 年 _____ 月

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(あて先) 浜松市児童相談所長
浜松市障害者更生相談所長

申出者氏名 _____

(署名又は記名押印をしてください)

(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の方となります。