

# 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。

## 記

1 判定を受けた者

\_\_\_\_\_

2 療育手帳番号

\_\_\_\_\_ 都 道  
府 県 第 \_\_\_\_\_ 号  
市

(判定機関名： \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

申 出 者 \_\_\_\_\_

(判定を受けた者との続柄 \_\_\_\_\_ )

※ 申出者は、療育手帳交付申請者の申請者と同一人で、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。