

申出書

年 月 日

静岡県 児童相談所長 様

静岡県 知的障害者更生相談所長 様

申出者氏名 _____

(判定を受けた者との続柄 _____)

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 _____ 年 月 日 _____

- 備考
- 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。
 - 2 保護者とは、親権を行う者、配偶者、後見人その他の方で、知的障害者を現に監護されている方です。