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：Ｓ・Ｈ・Ｒ　　年　　月　　日

療育手帳番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（療育手帳のコピーを添付してください。）

令和　　年　　月　　日

児　童　相　談　所　長　様
＿＿＿＿＿＿＿＿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　　）

※　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。

（記入例）

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　　本人名

生年月日：Ｓ・Ｈ・Ｒ　　年　　月　　日　　本人生年月日

転入前の療育手帳番号

療育手帳番号　　○○県第○○○○号

（転入前にお使いの療育手帳のコピーを添付してください。）

令和　　年　　月　　日　申請日

金沢市／七尾／石川中央　児　童　相　談　所　長　様

石川県　知的障害者更生相談所長　様

申出者氏名　　※印参照

（判定を受けた者との続柄　　）

※　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。