

療育手帳判定資料提供申出書

年 月 日

島根県立心と体の相談センター所長 殿
島根県 _____ 児童相談所長 殿

(申出者)
住所 〒

氏名
本人との続柄
電話番号

下記の対象者について、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

対象者

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏 名			
新 住 所	〒 ☐ 申出者に同じ		
旧 住 所	〒		

現在所持している療育手帳

手帳番号		障害の程度 (総合判定)	
判定機関			

注 意 事 項

- 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その保護者となります。
- 過去の判定資料等の内容によっては、新住所地で新たに来所による判定を行う場合があります。