

別紙第3号様式（要領12関係）

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。

判定を受けた人 _____

生年月日 S・H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日

療育手帳番号 _____

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(_____) 障害者更生相談所長 あて

申出者氏名 _____

(判定を受けた人との続柄 _____)

(注)

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または保護者となります。

※ 保護者とは、親権を行う者、配偶者、後見人その他の者で、知的障害者を現に監護する者（知的障害者福祉法第15条の2第1項）