

(様式第4号)

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： _____ 年 _____ 月 _____ 日

療育手帳番号 _____

年 _____ 月 _____ 日

福島県障がい者総合福祉センター所長 様

申出者氏名 _____

(判定を受けた者との続柄 _____)

-
- 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。

※保護者とは、知的障害者福祉法第15条の2第1項によるもの