

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

愛媛県福祉総合支援センター所長
愛媛県_____子ども・女性支援センター所長 } 様

申出者氏名
(判定を受けた者との続柄 _____)

注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。