

別記第6号様式

療育手帳判定資料活用申出書

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、判定等を行ってください。

判定を受けた者 _____

生年月日： 昭和・平成・令和 年 月 日

療育手帳番号 _____

令和 年 月 日

熊本県（中央・八代）児童相談所長 様

熊本県福祉総合相談所長（熊本県知的障害者更生相談所長） 様

申出者氏名 _____ 印

（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人で、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。
 - 2 記名押印に代えて署名することができます。

※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のことです。