（様式第２号）

療育手帳判定資料提供申出書

令和　　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

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その保護者となります。
2. 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。