

(様式第 9 号)

申 出 書

(旧住所地都道府県名) の (判定機関名) において、既に判定が行われていますので、
できるだけその時の判定資料を活用して判定を行ってください。

年 月 日

申 出 者 _____ ㊟

連絡先電話番号 _____

- (注 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。
- (注 2) 記名押印に代えて署名することができます。
- (注 3) この書類の書き方や書いてある内容がよくわからない場合は、市町村の窓口でご相談ください。