

別紙様式3

申 出 書

年 月 日

児童相談所長  
様  
障害者相談センター所長

〒 ー

申出者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

療育手帳に関わる判定が、既に下記の判定機関で行われています。できるだけそのときの判定資料を活用して千葉県の療育手帳の交付を行ってください。

なお、取り寄せた判定資料だけでは判定できない場合は、貴所の判定を受けます。

記

都道府県・政令市名	
判定機関	
判定年月日	年 月 日

本人氏名	
生年月日	年 月 日
旧住所地	

※記入上の注意事項

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。