

管轄区

(中 東 西 南 北) 区

(様式第5号)

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。

本人氏名 _____

生年月日 _____ 年 月 日

現在所持している療育手帳の発行元

療育手帳番号 _____

判 定 機 関 _____

令和 年 月 日

熊本市児童相談所長 様

熊本市障がい者福祉相談所長 様

申出者氏名 _____ 印 (続柄: _____)

※本人または保護者による署名の場合、押印不要

※ 申出者は療育手帳交付等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またはその保護者となります。