別記様式９

申　　出　　書

年　　月　　日

新潟県　　児 童 相 談 所 長　様
新潟県　　知的障害者更生相談所長　様

申出者　現住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（手帳所持者との続柄　　）

下記の判定機関において、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。

下記判定機関において判定が行われていない場合には、過去に療育手帳の判定を行っている判定機関の資料を活用して、判定を行ってください。

なお、取り寄せた資料だけでは判定できない場合は、貴所の面接を受けます。

記

１　本人氏名（ふりがな）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

２　生年月日　　年　　月　　日

３　判定機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

４　旧住所地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（注）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。

＊　保護者とは、親権者、配偶者、後見人または知的障害者を現に保護する者をいう（知的障害者福祉法第 15 条の２第１項）