

申 出 書

年 月 日

(宛先) (※1)

- 秋田県子ども・女性・障害者相談センター所長
- 秋田県北児童相談所長
- 秋田県南児童相談所長

申出者(※2) 住所 _____

氏名 _____

次により既に判定が行われていますので、できるだけそのときの判定資料を活用して判定を行ってください。

本人氏名	
生年月日(年齢)	昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
旧居住地	
都道府県・指定都市名	
判定機関	
判定年月日	

※1 本申出書の提出先に、レ点(チェックマーク)を入れてください。

※2 申出者は、療育手帳交付申請書の申請者としてください。