

様式第8号

申 出 書

下記判定機関において、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。

記

1 旧住所地の都道府県又は政令指定都市名

2 判定機関名

平成 年 月 日

申出者

印

※申出者は、療育手帳交付申請者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。

また、記名押印に代えて署名することができます。