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

　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）