

## 判定資料活用申出書

判定にあたっては、過去に療育手帳の判定を行っている機関の判定資料をできるだけ活用してください。

療育手帳所持者（本人）

---

生年月日 

---

 年 月 日

旧住所 

---

 都道府県

年 月 日

奈良県中央こども家庭相談センター所長 殿  
奈良県高田こども家庭相談センター所長 殿  
奈良市子どもセンター所長 殿  
奈良県知的障害者更生相談所所長 殿

申出者氏名 

---

 (本人との続柄 

---

 )

申出者住所 

---

- 
1. 申出者は、「療育手帳交付申請書」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保護者の方となります。
  2. 旧住所における資料により判定することが困難であるときには、面接等を行う場合がありますので、ご了承ください。