

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

印

下記の旧住所地で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

2 本人氏名 ( 年 月 日生)

\* 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。