

申 出 書

年 月 日

児童相談所長
障害者相談センター所長
様

〒 ー

申出者 住所

氏名

療育手帳に関わる判定が、すでに下記の判定機関で行われています。できるだけその
ときの判定資料を活用して千葉県の療育手帳の交付を行ってください。
なお、取り寄せた判定資料だけでは判定できない場合は、貴所の判定を受けます。

記

都道府県・政令市名	
判 定 機 関	
判 定 年 月 日	年 月 日

本 人 氏 名	
生 年 月 日	年 月 日
旧 住 所 地	

※記入上の注意事項

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。

申 出 書

申請者の住所を記入します。
マンション・アパート名は、
住民票どおりに記入してくだ
さい（新しい住所を記入）。

本人が18歳未満の場合、現在手
帳に記載されている保護者が届
出者となります。
本人が18歳以上の場合、本人ま
たは現在手帳に記載されている
保護者が届出者となります。

〒 271 ― 8588

申出者 住所 松戸市根本387-5

氏名 松戸 太郎

療育手帳に関わる判定が、すでに下記の判定機関で行われています。できるだけその
ときの判定資料を活用して千葉県の療育手帳の交付を行ってください。
なお、取り寄せた判定資料だけでは判定できない場合は、貴所の判定
旧手帳の内容をそのまま
記入します。

都道府県・政令市名	●●県
判 定 機 関	●●障害者相談センター
判 定 年 月 日	平成・令和 年 月 日
本 人 氏 名	松戸 花子
生 年 月 日	大正・昭和 年 月 日 平成・令和
旧 住 所 地	●●県●●市●●1-1-1 ○○マンション101号

記入上の注意事項
届出者氏名は手帳の交付を受けている本人又は保護者の方の氏名を記入してください。