

申 出 書

年 月 日

堺 市 長 殿

申出者氏名

堺市療育手帳に関する要綱に基づく療育手帳の交付申請に当たり、過去において、療育手帳の判定を行っている判定機関の判定資料をできるだけ活用して、判定を行ってください。

この場合において、堺市が判定機関から当該判定資料の提供を受けることに同意します。

判定を受けた者

生年月日 年 月 日

療育手帳番号

注意

- 1 申出者は、療育手帳の交付申請書に係る申請者と同一の者とし、療育手帳の交付を受けようとする本人又はその保護者（知的障害者福祉法（昭和35年法律第37号）第15条の2第1項に規定する保護者をいう。）とします。
- 2 この申出書に基づき、提供を受けた資料により判定を行うことが困難な場合は、面接を求めることがあります。