

様式第2-1号

(宛先) 提出先にシ点 (☑マーク) を入れてください。

秋田県知的障害者更生相談所長

秋田県北児童相談所長

秋田県中央児童相談所長

秋田県南児童相談所長

同意書

1 療育手帳の判定のために、児童相談所又は知的障害者更生相談所、市町村が病院などの関係機関等に対して資料を求めたり、聞き取りしたりすることに同意します。

2 秋田県立医療療育センター（旧秋田県小児療育センター）又は秋田県発達障害者支援センター（ふきのとう秋田）における心理検査等の結果がある場合は、判定の参考資料とすることに同意します。

年 月 日

本人 氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日

保護者 氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_

※他の都道府県又は指定都市で交付された療育手帳を所持している方は以下も御記入ください。

申出書

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ください。

年 月 日

申出者氏名 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_

(注) 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。