

療育手帳の判定結果に係る申出書

令和 年 月 日

沖縄県知的障害者相談所長 殿

申出者 住 所

氏 名

手帳所持者との関係：本人から見て（ ）

電話番号（ - - ）

次のとおり療育手帳の判定結果の提供を申し出ます。

1 本人欄 情報提供して欲しい方について記入してください	氏 名	
	住 所 電話番号	〒 (- -)
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (満 歳)
2 本人以外が 申出する場合	利用の目的	<input type="checkbox"/> 障害年金申請の基礎資料として <input type="checkbox"/> その他 ()
	判定結果提供の本人の同意	申出に同意します。 令和 年 月 日 <small>*署名は自筆</small> 本人署名 _____

注1 申出者は、申出者本人であることを証明する書類（マイナンバーカード表面・運転免許証・健康保険証・身障手帳・療育手帳・パスポートの写し等）を提出してください。

注2 本人以外の者による申出の場合、資格を有することを証明する書類（戸籍謄本・登記事項証明書：成年後見人等）を提出してください。

注3 各種証明書類は、個人番号（マイナンバー）が記載されていないものを提出してください。

注4 本人以外の者が申出する場合は、本人の同意が必要です。ただし、本人が合理的判断をなし得ない場合、この限りではありません。