

同意書

療育手帳の判定のために、過去の住所地の知的障害者更生
相談所及び児童相談所の判定資料を活用すること、また、関係機関
への必要な調査を行うことに同意します。

岩手県福祉総合相談センター 所長 様

令和 年 月 日

本人氏名

本人氏名

本人生年月日： S. H 年 月 日

本人住所

本人住所

同意者氏名

同意者氏名

(本人との続柄)

同意者住所

同意者住所

※ 同意者は、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又は保護者
の方となります。

提出する資料について、当てはまる□に✓を入れてください。 (※□判定時申請：職員記入)

本人確認欄 (1点提出)

療育手帳を持っている方→療育手帳の写し
療育手帳を持っていない方：氏名、生年月日、住所の記載があるもの
→個人番号カード (マイナンバーカード) の写し※表面のみ 免許証の写し
身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳の写し その他 ()

同意者確認欄 (1点提出)：同意者が本人の場合は提出不要 ※同意者は保護者 (成年後見人を含む)

氏名、生年月日、住所の記載があるもの
→個人番号カード (マイナンバーカード) の写し※表面のみ 免許証の写し
その他 ()