

証 明 書 (18 歳以上での療育手帳新規申請用)

本人氏名 _____

生年月日 昭和・平成 年 月 日

住所 _____

知的障害の有無 (18 歳未満までに発現していたことの有無)

知的障害 有 ・ 無

障害の原因となった傷病名 (_____)

合併症

精神障害 有 ・ 無 (_____)

身体障害 有 ・ 無 (_____)

※ 18 歳未満までに 知的 障害が発現したと診断された根拠となる客観的な事項
を記載してください。

(知能検査結果等。知能指数のほか、実施検査名、実施 年月日 もご記入ください)

現在、上記のとおりであることを証明します。

令和 年 月 日

病院・診療所の名称 _____

所在地 _____

医師氏名 _____

診療科名 _____