

証 明 書 ( 1 8 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 ( 1 8 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 ( )

※ 1 8 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 \_\_\_\_\_