

様式第1号

証明書(療育手帳申請用)

受診者氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 昭和 年 月 日  
平成

住 所 \_\_\_\_\_

○ 知的障害の有無(概ね18歳未満までに発現していたことの有無)

知的障害 有・無  
基礎疾患( )

合併症状

1 精神面 有・無

2 身体面 有・無

○ 発達障害の有無(概ね18歳未満までに発現していたことの有無)

発達障害 有・無  
診断名( )

※受診者が18歳以上の場合、概ね18歳未満までに障害が発現したと診断された根拠となる事項を記載してください。



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 \_\_\_\_\_