

平成 年 月 日

岐阜県知的障害者更生相談所長 様  
岐阜県\_\_\_\_\_子ども相談センター所長 様  
(中央・西濃・中濃・東濃・飛騨)

申請者住所 \_\_\_\_\_  
申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印  
本人との関係 ( )

療育手帳に係る判定結果の交付について (申請)

療育手帳に係る判定結果が必要ですので、下記により判定結果を交付願います。

記

1 本人氏名 \_\_\_\_\_ (男・女)

住 所 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

2 交付理由 (目的) ア 特別児童扶養手当認定診断書作成のため  
○をつけてください イ 障害児福祉手当認定診断書作成のため  
ウ 障害基礎年金請求診断書作成のため  
エ 就学・就労・生活相談  
オ その他 ( )

3 交付内容 ア 知能指数 (発達指数)  
○をつけてください イ その他 ( )

-----  
(来所による交付の場合、交付時に使用)

受領者氏名 \_\_\_\_\_ \*受領後に記名してください

受領年月日 平成 年 月 日