

第 号  
令和 年 月 日

岐阜県知的障害者更生相談所長 様

申請者住所 \_\_\_\_\_  
申請施設長 \_\_\_\_\_  
又は病院長名 \_\_\_\_\_ 印

療育手帳に係る判定結果の交付について（申請）

知的障害者更生相談所における判定結果が必要ですので、下記の者について下記により判定結果を交付していただくようお願いいたします。なお、本人及び家族の同意書を添付いたします。

記

1 対象者 氏 名 \_\_\_\_\_  
住 所 \_\_\_\_\_  
生年月日 \_\_\_\_\_

2 交付理由（目的） ア 各種手当・年金診断  
○をつけてください イ 就労・生活相談  
ウ 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（ ）

# 同意書

令和 年 月 日

(施設長又は病院長名)

様

本人住所 \_\_\_\_\_

本人氏名 \_\_\_\_\_

印

保護者氏名 \_\_\_\_\_

印

本人との関係 ( )

ア 各種手当・年金診断

イ 就労・生活相談

ウ その他 ( )

あてはまるものに○を付けて下さい

のため、貴所が岐阜県知的障害者更生相談所に

私の療育手帳に係る判定結果の交付を依頼することに同意します。