

令和 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・飛驒)

申請者住所

申請者氏名

※自筆による署名または記名押印

本人との関係 ()

連絡先

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

住所

生年月日

2 交付理由 (目的)

○をつけてください

- ア 特別児童扶養手当認定診断書作成のため
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

○をつけてください

- ア 知能指数 (発達指数)
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

受領年月日

令和

年

月

日

* 受領後に記名してください