

令和 年 月 日

岐阜県知的障害者更生相談所 様

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（ ）

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