

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 目的（該当項目に○）

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・生活相談のため

オ その他 ( )

3 記載内容（該当項目に○）

ア 知能指数（または発達指数）を含む直近の検査結果

イ その他 ( )

-----  
(事務所で受け取る場合に使用)

受領者氏名 \_\_\_\_\_ \* 受領後に記名してください

受領年月日 令和 年 月 日