

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

受領年月日

令和 年 月 日

*受領後に記名してください