

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・飛騨)

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 _____

*受領後に記名してください

受領年月日 令和 年 月 日