

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 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