

知能検査等結果資料請求書

年 月 日

福井県総合福祉相談所長 様
福井県児童・女性相談所長 様
福井県嶺南振興局敦賀児童相談所長 様

申請者氏名 _____
本人との続柄 ()
〒 _____
住 所 _____
電 話 番 号 _____

※ 判定を受けた者が18歳以上である場合であって、かつ保護者が申請者となる場合、本申請書の提出をもって、本人が同意していることを証します。

(申請理由)

- 特別児童扶養手当診断書作成資料
 障害基礎年金診断書作成資料

- として、貴所にて行われた療育手帳判定時の

知能検査等の結果資料を請求します。

本人氏名 _____
本人住所 _____
生年月日 _____年 月 日
手帳番号 福井県第 _____号

結果資料の受け取り方法について、希望する項目に必ずを入れてください。

- 来所
 郵送 (普通郵便 特定郵便 速達郵便)

※ 郵送をご希望の場合、返信用封筒・切手もご提出ください。郵便料金は、申請者の自己負担となります。切手不足であった場合、受取人払いにて発送いたしますのでご了承ください。