

受診状況等証明書交付申請書

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： _____

受診状況等証明書の交付を受けたいので、次により申請します。

本人	氏名		生年月日	年 月 日生
	住所	(〒 -)	職業	
			電話	
保護者	氏名		続柄	
	住所	(〒 -)	生年月日	年 月 日生
			職業	
			電話	
申請理由	<input type="checkbox"/> 障害基礎年金請求のため <input type="checkbox"/> その他：			

※ 参考事項（有無に○をつけ、『有』の場合は右欄も記入してください）

1 児童相談所または知的障害者更生相談所等での診断判定の有無

無	有	相談所等名： _____ 判定等時期： 昭和 ・ 平成 年 月頃
---	---	-------------------------------------

2 療育手帳所持の有無

無	有	手帳の程度： A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 手帳番号： _____号
---	---	--

3 身体障害者手帳所持の有無

無	有	手帳の等級： 種 級（障害名： _____） 手帳番号： _____号
---	---	--

4 精神保健福祉手帳所持の有無

無	有	手帳の等級： 1級 ・ 2級 ・ 3級 手帳番号： _____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。

※ 同時に「知能検査等結果資料請求書」を申請された場合、左記の結果資料と本結果資料を同封いたしますので、返信用封筒は一枚でかまいません。