

知能検査等結果資料請求書

令和 年 月 日

福井県総合福祉相談所長 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 _____

(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 S・H・R 年 月 日
手帳番号 福井県第 _____号