

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。