

## 知能検査等結果資料請求書

令和 年 月 日

福井県障がい福祉・精神保健相談所長 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 S・H・R 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。

※同時に「受信状況等証明書交付申請書」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。