

# 受診状況等証明書交付申請書

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: \_\_\_\_\_

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	(男・女)	生年月日	年 月 日生
	住所	(〒 - - )	職業	
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・令和 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。