

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	
			電話	
保護者	氏名		続柄	
			生年月日	年 月 日生
	住所	(〒 -)	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。