

受診状況等証明書交付申請書

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		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	☐ 障害基礎年金請求のため ☐ 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
---	---	--