

療育手帳判定情報提供依頼書

熊本県 { 福祉総合
中央児童 相談所長 様
八代児童

申請日: 年 月 日
続柄

申請者: []

療育手帳判定時の検査結果等の情報を提供していただきますよう、次の通り依頼します。

療育手帳番号:熊本県

--	--	--	--	--	--

号

※非該当・新規申請等で療育手帳の交付を受けていない場合は空欄で結構です。

本人氏名	生年月日: 年 月 日 (歳)	
	※自署または保護者による代筆	
住 所	(〒 -) 熊本県	
連絡先	TEL: () -	

※ 上記の方が未成年(18歳未満)の場合はこちらも必ず記載して下さい。

保護者氏名	続柄 []	連絡先
	※ 自 署	☐ 同上 TEL: () -
住 所	☐ 同上 (〒 -)	

① 提供依頼理由 (該当するものに○をつけて下さい)	
☐	特別児童扶養手当・障害児福祉手当・特別障害者手当等の申請のため
☐	障害基礎年金の申請のため
☐	その他(情報提供書の提出先:)
	※その他の場合は必要事項についてチェックを入れてください。 ☐ 検査実施日・検査名・IQ等の検査結果 ☐ 面接時の様子等
② 受取方法 (該当するものに○をつけて下さい)	
☐	窓口で受取 ※ 受取の際は、療育手帳、または、受け取る方ご本人の確認ができる運転免許証・マイナンバーカード等、証明書をご提示下さい。
☐	郵送で受取 ※ 返信用封筒(切手を貼り送付先住所を記入したもの)を同封してください。(普通郵便の場合は110円切手)