

年 月 日

特別児童扶養手当認定請求のための療育手帳  
判定資料の提供依頼書

静岡県東部児童相談所長 様

依頼者	氏 名	⑩	続柄	
	住 所	〒		
	電話番号			
依頼理由		障害の程度が「B」の療育手帳を所持しており、当該療育手帳判定資料をもって、特別児童扶養手当認定請求をするため。		
児童	ふりがな 氏 名		性別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日		
	住 所	(保護者と同じ場合は不要) 〒		

備考 依頼者の氏名を自署する場合は、押印は不要です。