

令和〇年 〇月 〇日

検査結果の提供依頼書

自署の場合、押印不要です。

静岡県東部児童相談所長 様

手帳所持者本人（障がいのある方）の  
保護者の情報を記入してください。

依頼者	氏名	〇〇 〇〇 ⑤	続柄	父
	住所	〒410-〇〇〇〇 沼津市〇〇		
	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		
依頼理由		当該療育手帳判定資料をもって、障害児福祉手当認定 請求をするため。		
児童	ふりがな 氏名	〇〇 〇〇 〇〇 〇〇	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 ・ 女
	生年月日	令和〇年 〇月 〇日		
	住所	〒 (保護者と同じ場合は不要)		

検査結果の使用用途を  
記入してください。

保護者と同居の場合、  
住所は記入不要です。

備考 依頼者の氏名を自署する場合は、押印は不要です。

手帳所持者本人（障がいのある方）  
の情報を記入してください。