

依 頼 書

令和〇年 〇月 〇日

静岡県東部知的障害者更生相談所長 様

手帳所持者本人（障がいのある方）又は
その保護者等が依頼してください。

（依頼者） 住所 沼津市〇〇

氏名 〇〇 〇〇

印

（本人又は保護者が氏名を自署する場合、押印は不要です。）

続柄 父

下記の者の知能検査結果の情報提供を依頼します。

記

1 氏 名 〇〇 〇〇

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。

2 生年月日 昭和・平成 〇年 〇月 〇日

検査結果の使用用途を記
入してください。

3 住 所 沼津市〇〇

4 依頼理由 当該療育手帳判定資料をもって、特別障害者手当認定請求をするため。

5 療育手帳番号
（療育手帳をお持ちの方は記入願います）
静岡県第〇〇〇〇〇〇〇号

現在お持ちの療育手帳の番号を記入
してください。
手帳の新規申請時等に併せて提出す
る場合等は記入不要です。

※ 依頼者が施設の場合は、本人又は保護者の同意書を添付してください。
また、依頼者の住所は所在地、氏名は名称及び代表者氏名を記載してください。