

(保護者用申請書)

令和 年 月 日

岡山市こども総合相談所長 様

〒

申請者住所

申請者氏名 続柄 ()

電話番号

(交付時の連絡先となります。日中連絡が可能な番号をご記入ください。)

児童の検査結果等について (申請)

下記の者に対する検査結果等の情報提供を申請します。

記

氏名 性別 (男・女)
生年月日 平成・令和 年 月 日
住所 別居・同居 (同居の場合は記載不要)
〒

必要とする資料の内容

- 知能 (発達) 検査結果 (検査日: 年 月 日)
※ 検査日が空欄の場合は、直近の検査結果を提供します。
 医学診断結果
(当所で医師による確定診断を受けられた方のみ)

必要とする部数

- 1部
 それ以外 (部)

目的

- 特別児童扶養手当認定診断書作成のため
 障害基礎年金等受給申請のため
 医療機関・主治医へ提出のため
 保育園・幼稚園・学校・教育委員会等への提出のため
 その他 ()

書類作成日より半年経過しても受け取りに来られない場合当所にて破棄させていただきます。

以下の欄には記入しないでください。

申請者本人確認欄	① 来所時の申請 ② 運転免許証 ③ 健康保険の被保険者証 ④ パスポート ⑤ その他 ()
担当 (確認) 者	

受領印 (サイン):

受領日: