＜　記載上の注意　＞

下記の記載上の注意をよく読んで記入してください。記入後、当所に郵送してください。住所は下記＜宛先＞のとおりです。依頼文書収受後発送まで２週間程度かかる場合がありますので、ご了承ください。

なお、【申出者氏名】の欄は、ご本人か療育手帳に記載している保護者になります。ご本人が申請する場合は、ご自分の氏名を自筆し、続柄を「本人」としてください。保護者の方が申請するときは保護者の方の名前で申請してください。ご本人や保護者の方が自分で書いた場合は押印はいりませんが、代筆の場合は押印してください。

お手数をおかけしますが、個人情報のためご理解ください。本人・保護者の申請が困難な場合はご相談ください。

＜宛先＞〒 010-0864　秋田市手形住吉町３番６号
秋田県子ども・女性・障害者相談センター　知的障害福祉チーム

↓　記　入　日
令和　　年　　月　　日

（あて先）
秋田県子ども・女性・障害者相談センター所長

↓ 本人または保護者の名前
自署の場合は押印不要

申出者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

続　　柄 ＿＿＿＿＿＿＿＿

↑ 申請者が本人の場合は「本人」
保護者の場合は「父」や「母」

判定書の交付について（依頼）

下記の者について、以下の理由により直近の判定書の交付を依頼します。

該当する項目に○

１．障害基礎年金申請用診断書作成の参考とするため
２．相談・指導にあたって参考とするため
３．その他（　　内容を記入してください　　）

療育手帳番号	秋田県第　号 ←手帳に記載している番号。新規の場合不要
ふりがな 氏　　名	
生 年 月 日	昭和・平成　　年　　月　　日
住　　所	〒　　－ 電話　　（　　）
判 定 書 送 付 先 （上記と違う場合）	〒　　－ 自宅以外への送付を希望する場合 （病院、事業所など）

※申出者は本人または保護者
※自署の場合は押印不要