

情報提供依頼書

年 月 日

千葉県西部児童相談所長（あて先）

依頼者名 _____ 印

※依頼者名を自署する場合、押印省略できます。

本人との続柄 _____

住所 _____

連絡先 _____

私は、下記の目的により、児童の知能（発達）検査結果について情報提供を依頼します。

記

1 児童氏名・生年月日 _____ (年 月 日生)

2 使用目的 ※該当箇所に1つ○をつけてください。

(1) 医療機関・療育機関での診断書作成のため

(特別児童扶養手当認定診断書 ・ 障害基礎年金診断書 ・ その他 _____)

(2) 医療機関・療育機関での受診の参考のため

(3) 家庭での養育の参考のため

3 必要な情報

知能（発達）検査結果

本書を下記まで持参または郵送してください。

261-0003 千葉県美浜区高浜3-2-3 千葉県西部児童相談所 診断支援班

ご用意（同封）していただくもの

①回答先の住所氏名を記入し、切手を貼付した返信用封筒

②対象児童の本人確認ができる書類（療育手帳、保険証、受給者証等）写し

連絡先：043-277-8821 ご不明点は左記（療育手帳担当）にお問い合わせください。