

情報提供依頼書（例）

令和 年 月 日

千葉県西部児童相談所長 様

依頼者名 千葉 太郎 印

※自署する場合、押印を省略できます

本人との続柄 父

日中、連絡のつく電話番号を記入

住所 千葉市〇〇区〇〇町〇〇

連絡先 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

私は、下記の目的により、児童の診断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 千葉 花子 (〇〇年 〇〇月 〇〇日生)

2 使用目的 ※該当箇所に1つ〇をつけてください。

(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

(4) その他 ()

(1)以外で医療機関等を受診する場合は
こちらに〇をしてください。

3 提供先機関名 ※医療機関・療育機関へ情報提供される方はご記入ください

〇〇クリニック

4 必要な情報

知能検査結果

書類の送り先（ご自宅の住所と氏名）を返信用
封筒に書き、必ず切手を貼ってください。切手
がない場合、送付できません。

本書を下記住所までご返信ください。

送付先：261-0003 千葉県美浜区高浜3-3-1 はまのわ3階

千葉県西部児童相談所 診断支援班

同封するもの：①110円分の切手を貼った返信用封筒（情報提供書回答先の住所氏名を記入）

②対象児童本人であることを証明するために必要な書類写し

（療育手帳、保険証、受給者証（写）等）

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