

(保護者用申請書)

岡山市こども総合相談所長 様

申請日	令和 年 月 日
申請者氏名	続柄 ()
申請者住所	〒
電話番号	— — 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 ()	生年 月日	平成・令和 年 月 日
住所 <small>同居の場合 住所記載不要</small>	同居・別居 (〒)		
必要とする 資料の内容	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1部 <input type="checkbox"/> それ以外 (部)		
使用目的	<input type="checkbox"/> 保育園・幼稚園・学校・教育委員会等への提出のため <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当認定診断書作成のため <input type="checkbox"/> 障害基礎年金等受給申請のため <input type="checkbox"/> 医療機関・主治医への提出のため <input type="checkbox"/> 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

受取又は申請時 本人確認	①来所時の申請 ④マイナンバー	②運転免許証 ⑤その他 ()	③健康保険の被保険者証
申請時担当者		受渡担当者	
受領印 (サイン)		受領日	