

判定書交付申請書

令和 年 月 日

北海道室蘭児童相談所長 様

申請者(保護者) (印)

連絡先(電話番号) (- -)

次の児童について判定書を必要としますので、検査結果等を記載した判定書を交付してください。

記

児童名 (平成 年 月 日生)
令和

郵便番号 (-)

住 所

1 必要とする理由 (該当する番号に○印をしてください)

- | | |
|-----------------|------------------------|
| (1) 特別児童扶養手当認定 | (2) 障害児福祉手当認定 |
| (3) 幼稚園通園・保育所入所 | (4) 児童福祉法・障害者総合支援法制度活用 |
| (5) 障害年金 | (6) 関係機関との連携 |

[医療機関・教育機関・療育機関・その他]

※ [] 内の該当機関に○をしてください

(7) その他

()

2 送付先

次の宛先に送付を依頼します。

名前 (機関名): _____

郵便番号 (-) _____

住 所: _____