（依頼年月日）

　　年　　月　　日

情 報 提 供 依 頼 書

　島根県立心と体の相談センター所長　様

|  |
| --- |
| 申請者（判定を受けた者）■氏　　名　　　　　　　　　　　　　　■生年月日　　昭和・平成　　　年　　　月　　　日　■住　　所　 〒 - 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　■電話番号(※日中つながる番号)　　　　　　　　　　　　　　　　　 （本人が署名できない場合）■申請代行者氏名（続柄）　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　） |

　上記の者に対する療育手帳判定時の検査結果等の情報提供をお願いします。

　なお、目的外のことに使用することはありません。

|  |  |
| --- | --- |
| 情報提供目的 | １　障害基礎年金等申請にかかる診断書作成のため２　特別児童扶養手当申請にかかる診断書作成のため３　成年後見制度利用のため４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 必要とする資料の内容 | １　知能検査結果２　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 資料の提出先 | ・（　　　　　　　　）病院・クリニック・（　　　　　　　　）家庭裁判所・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

　※申請代行者は、知的障害者福祉法第15条の2に規定する保護者（配偶者、親権を行う者、後見人その他の者で、知的障害者を現に保護するものをいう）としてください。

判定状況の「情報提供依頼書」の記入方法等について

　このことにつきまして、下記のとおり記入方法等を記載しておりますので、ご参照ください。

＊申請者欄

　判定を受けられた方の氏名、生年月日、住所、電話番号をご記入ください。

　本人が署名できない場合は、保護者の方の氏名、続柄をご記入ください。

＊情報提供目的欄

　資料提供の目的を選択肢から選び、○をしてください。選択肢に該当目的がない場合、その他欄にご記入ください。

＊必要とする資料の内容欄

　資料内容につきまして、知能検査結果（検査実施日、検査名、知能指数等）が必要な場合は、「知能検査結果」に○をしてください。その他の場合は、その他欄にご記入ください。

＊資料の提出先欄

　判定状況の資料を提出する先を選択肢から選び、具体名をご記入ください。選択肢にない場合、その他にご記入ください。

＊依頼書に記入された後は

　記入されました依頼書は、ご面倒ですが持参されるか「郵送」にて、島根県立心と体の相談センターに送っていただきますようお願いします。

（住所）〒690-0011　島根県松江市東津田町1741-3　いきいきプラザ島根２Ｆ

島根県立心と体の相談センター

＊回答文書の送付について

　判定状況資料の回答文書につきましては、原則申請者の住所に「簡易書留」にて送付します。

　二重封筒になっておりますので、中に入っている封筒を「封書」のまま、提出先にお出しください。

　なお、送付先の希望がある場合はご相談ください（0852-32-5905）。

ご不明な点がございましたら、島根県立心と体の相談センター（0852-32-5905）まで連絡をいただきますようお願いします。