

情報提供依頼書

令和 年 月 日

千葉県西部児童相談所長 様

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、下記の使用目的により、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 _____ (年 月 日生)

2 使用目的 医療機関・療育機関での受診のため
※下記の受診理由の内、該当する□に✓をつけてください。

- 特別児童扶養手当認定診断書の作成
- 障害基礎年金診断書の作成
- 医療機関・療育機関受診時の参考

3 提供先機関名 _____

4 必要な情報
※下記必要な情報の内、該当する□に✓をつけてください。

- 知能検査結果
- その他 ()

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3-2-3 千葉県西部児童相談所 情報提供担当
同封するもの：①84円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 等
連絡先：043-277-8821 ご不明点は左記へお問い合わせください。