

療育手帳などの判定結果についての情報提供を依頼される方へ

療育手帳の判定時に実施した知能検査の結果などを、病院や学校などに書面で提出する必要がある場合は、2ページ目の依頼書に必要書類をそえて、児童相談所に提出してください。
依頼書が届いてから回答までに1～2週間かかりますので、お急ぎの方はご相談ください。

○ 必要書類

- ・知的障害の判定結果に係る情報提供について（依頼）
- ・申請者（依頼者）の身分が確認できるもの
(運転免許証・(本人が申請する場合) 療育手帳など)

※郵送で依頼する場合は、コピーを添付してください。

※中央児童相談所に必要書類をお持ちになる場合は、現物をお示しください。

- ・委任状（本人・保護者が申請や受け取りを他者に委任する場合）

○ 情報提供文書の受け取り方法

（1） 郵送

個人情報ですので、簡易書留での送付となります。

ご依頼の際に、460円分の切手をお預けください。その切手を使用し、お送りします。

（2） 直接来所して受け取る

申請者ご自身が受け取りにきてください。その際、申請者の身分が証明できるもの（運転免許証・(本人が申請する場合) 療育手帳など）をお示しください。

委任された方（代理人）が受け取りに来る場合は、代理人ご自身の身分証明が必要です。

（お問い合わせ・書類送付先）高知県中央児童相談所 心理支援部

〒780-8081

高知市若草町10-5

TEL：(088)-844-0035

FAX：(088)-821-9005

依頼書

令和 年 月 日

高知県 中央児童相談所長 様
高知県 幡多児童相談所長 様
高知県立 療育福祉センター長 様

申請者 (〒)
(送付先) 住 所

氏 名

情報が必要な者との続柄 ()
(TEL :)

知的障害の判定結果に係る情報提供について（依頼）

下記の者についての貴機関での知的障害の判定結果について、下記の理由で情報が必要ですので、提供をお願いします。

記

1. 情報が必要な者

(1) 氏 名

(2) 生年月日 (昭和・平成・令和) 年 月 日

(3) 住 所

2. 情報が必要な事項

(1) 知能指数又は発達指数

(2) その他（具体的に： ）

3. 情報が必要な理由等

(1) 特別児童扶養手当申請のため

(2) 障害基礎年金申請のため

(3) 障害者総合支援法における医師意見書作成のため

(4) その他（ ）

※申請者の身分が確認できるもの（保険証・免許証・療育手帳等）の写しを必ず添付してください。

記載例

令和 年 月 日

高知県 中央児童相談所長 様
高知県 幡多児童相談所長 様
高知県立 療育福祉センター長 様

申請者 (〒 780-8081)
(送付先) 住所 高知市若草町10-5
氏名 療育 花子
情報が必要な者との続柄 (母)
(TEL: 088-844-4477)

知的障害の判定結果に係る情報提供について（依頼）

下記の者についての貴機関での知的障害の判定結果について、下記の理由で情報が必要ですので、提供をお願いします。

記

1. 情報が必要な者

(1) 氏名 療育 太郎

(2) 生年月日 (昭和・平成・令和) 62年 2月 1日 療育手帳所持者

(3) 住所 高知市若草町10-5 (ご本人)

2. 情報が必要な事項

(1) 知能指数又は発達指数

(2) その他 (具体的に :

(その他) の場合は、なるべく具体的に必要事項・理由を書いてください。

3. 情報が必要な理由等

(1) 特別児童扶養手当申請のため

(2) 障害基礎年金申請のため

(3) 障害者総合支援法における医師意見書作成のため

(4) その他 ()

※申請者の身分が確認できるもの（保険証・免許証・療育手帳等）の写しを必ず添付してください。

令和 年 月 日

高知県 中央児童相談所長 様
高知県 脇多児童相談所長 様
高知県立療育福祉センター長 様

委 任 状

氏名

住所

生年月日 (T・S・H) 年 月 日

私は 証明書 ・ 情報提供書 の発行依頼・受け取りに関する一切の権限を下記の代理人に委任します。

代理人氏名

代理人住所

- * 委任する人の署名については自署でお願いします。
- * 代理人の方が窓口にお越しの際は、運転免許証などの本人確認ができるものをお持ちください。