

# 情報提供依頼書

令和 年 月 日

香川県障害福祉相談所長 殿

本人との続柄

申請者氏名 ( )

申請者住所

下記の者について、療育手帳取得時の情報提供を依頼します。

なお、申請後1年を超えて情報提供の書類の受取りがない場合、香川県障害福祉相談所が書類を処分することに同意します。

## 記

- 1 本人氏名
- 2 生年月日
- 3 本人住所
- 4 提供して欲しい情報  
(知能検査結果、K式発達検査、その他 )
5. 依頼事由  
(障害基礎年金、特別児童扶養手当、その他 [学校・かけはし・病院・参考・ ] )

※上記依頼に対する回答の受理を

(本人との関係 : 氏名 : ) 氏に委任します。

あるいは所属・職名等

申請者署名