令和　　年　　月　　日

情　報　提　供　依　頼　書

広島県＿＿＿＿こども家庭センター所長　様

申請者（18歳以上の方はできるだけ氏名は自署してください）

本人氏名
（検査を受けた人）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　昭和・平成・令和　　年　　月　　日

〒
住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請を代行する場合（本人が18歳未満の場合は保護者名を記入してください
18歳以上で本人が氏名を自署できない場合は申請代行者氏名を記入してください）

申請代行者氏名　　続柄
（保護者※参照）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）

連絡先電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※申請代行者は、保護者（配偶者、親権者、後見人、児童福祉施設職員が代行する場合は施設長、その他の者で児童・知的障害者を現に監護する者）としてください。

個人情報の保護に関する法律第18条第1項及び第27条第1項に基づき、上記の者に対する情報提供をお願いします。（**あてはまるものに○をつけてください**）

＊情報提供内容

1．知能（発達）検査結果
2．その他（　　）

＊情報提供目的

1．療育手帳申請に係る診断書作成のため
2．障害基礎年金等申請に係る診断書作成のため
3．その他（　　）