

(様式第12号の1)

依 頼 書

ちてきしょう しゃそうだん はんていかい ねん がつ にちじっし けんさけっか
知的障がい者相談判定会(年 月 日実施)の検査結果を

かき ていきょう
下記により提供してください。

記

※ □にチェック✓をいれてください

	し よ う も く て き 使 用 目 的	て い き ょ う さ き き かん と う め い し ょ う 提 供 先 の 機 関 等 の 名 称
<input type="checkbox"/>	しょうがいねんきんしんだんしよさくせい 障害年金診断書作成のため	いりょうきかんめい 医療機関名 いしめい 医師名
<input type="checkbox"/>	しよくぎょうひょうか しゅうぎょうしえん 職業評価および就業支援 のため	しゅうぎょう せいかつしえん めい 就 業 ・生活支援センター名
<input type="checkbox"/>	ふくし りょうけいかくさくせい 福祉サービス利用計画作成 のため	じぎょうしよめい 事業所名
<input type="checkbox"/>	ふくし じぎょうしよ こべつ 福祉サービス事業所の個別 支援計画作成のため	ふくし じぎょうしよめい 福祉サービス事業所名
<input type="checkbox"/>	かてい さいばん しよもう た しりょう 家庭裁判所申し立て資料 作成のため	せいねんこうけんにんこうほうしえんだんたいめい 成年後見人候補等支援団体名
<input type="checkbox"/>	た その他	

ねん がつ にち
年 月 日

ふくしまけんしよ う しゃそうごうふくし しよちやう
福島県障がい者総合福祉センター所長

ほんにん しめい
(本人) 氏名 _____

じゅうしよ
住所 _____

ほごしゃ しめい
〔(保護者) 氏名 _____ 〕