

# 情報提供書交付申請書

令和 年 月 日

千葉県中央障害者相談センター所長 様

申請者氏名 \_\_\_\_\_ [本人との続柄( )]

住 所 〒 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

※申請者は原則本人または本人を現に監護する親族・法定代理人に限ります。  
やむを得ない理由でそれ以外の方が申請者になる場合は下記の本人同意欄への記入が必要です。

下記のとおり申請します。

## 記

1 本人氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 昭和・平成 年 月 日

住 所 申請者と同じ ( をつけた場合、記入不要)

2 情報提供事項： 知能検査結果

3 受け取りを下記のとおり希望します。

(※受取先が申請者と異なる場合、送付先が手帳の住所とは異なる場合のみ記入)

受取者 所属・氏名： \_\_\_\_\_

送 付 先 住 所： 〒 \_\_\_\_\_

同 意 欄	令和 年 月 日 本人氏名 _____ 印 *自署の場合は押印省略可。自署でない場合は押印してください。
-------	--

1 あて先： 〒266-0005 千葉市緑区誉田町1-45-2  
(千葉リハビリテーションセンター内)  
千葉県中央障害者相談センター

2 同封するもの：

(1)療育手帳の写し

(2)320円分の切手を貼った長形3号の返信用封筒(申請者住所、氏名を記入)

※特定記録郵便で返信します。(郵便受けの投函まで記録が残ります)

※簡易書留をご希望の場合は460円分の切手を貼付してください。

(郵便局員の手渡しまで記録が残ります)

※申請書の到着後、2～3週間程度で「情報提供書」を申請者あてに郵送します。