

証 明 書 交 付 申 請 書

茨城県福祉相談センター長 殿

申請者 住所 〒 _____
市・郡 _____
電話 (_____)
氏 名 _____ 続柄 (_____)

下記の者に係る判定結果等に係る証明書の交付を受けたいので申請します。

記

- 1 氏 名 _____ 性別 男・女(いずれかを○で囲んでください。)
生年月日 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
- 2 住 所 同居・別居(同居の場合は住所を記入する必要はありません。)
〒 _____
市・郡 _____
- 3 提供情報 判定結果書
(直近の判定年月日及びその結果)
 判定意見書
(判定結果とそれに基づく所見)
 判定状況等証明書
(障害基礎年金申請に用いる経過の概要)
- 4 理 由 特別児童扶養手当認定診断書作成のため
 障害基礎年金受給申請のため
 障害状況把握のため
 医療機関・主治医に提出のため
 その他 (_____)
- 5 送付先 上記申請者住所へ送付
 申請者住所以外へ送付(下記へ住所等を記入してください。)
〒 _____
市・郡 _____
電話 (_____)
宛名 _____ 様