判定書交付申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

　北海道旭川児童相談所長　様

申請者　　　　　　　　　　　　　（印）

（保護者）

　次の児童について判定書を必要としますので、検査結果等を記載した判定書を交付してください。

記

児童名　　　　　　　　　　　　　　　（平成　　　年　　　月　　　日生）

住　所

１　必要とする理由（該当する番号に〇印をしてください）

（１）特別児童扶養手当認定　　　（２）障害児福祉手当認定

（３）幼稚園通園・保育所入所　　（４）児童福祉法・障害者総合支援法制度活用

（５）障害年金　　　　　　　　　（６）関係機関との連携

　　　　　　　　　　　　　　　　　　［医療機関・教育機関・療育機関・その他］

　　　　　　　　　　　　　　　　　　※［　］内の該当機関に〇をしてください

（７）その他

（　　　　　　　　 　　　　　）

２　送付先

　次の宛先に送付を依頼します。

名前（機関名）：旭川市教育委員会学校教育部学務課

　　　　　　　 　郵便番号（０７０－８５２５）

住　　 　　所：旭川市７条通９丁目　総合庁舎４階