

判定結果交付申請書

滋賀県立精神保健福祉センター所長

下記により判定にかかる資料の交付を申請します。
目的外に使用しないことを誓約します。

記

		申請日	令和 年 月 日
申請者氏名	⑩	判定を受けた方との関係	
申請者住所	〒	電話番号	() -
判定を受けた方の氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日
使用目的 必要事項に○をつけてください		障害年金診断のため	
		関係者に判定結果を伝えるため	
		家庭での対応の参考とするため	
		成年後見制度申請のため	
		その他 ()	

注：

1. 申請者は本人または保護者に限ります。
2. 申請者氏名については、自筆による署名の場合印鑑は省略できます。
3. 交付資料作成にあたり、面接を求める場合があります。