

療育手帳の判定に係る資料の提供依頼書

年 月 日

(提出先)

川越市長

依頼者 住 所

氏 名

生年月日

電話番号

※ 続 柄 本人 現に監護する親族

成年後見人 その他 ()

療育手帳の判定に係る資料（判定書等）の提供について、次のとおり依頼します。

手帳交付者	ふりがな	
	氏 名	
	住 所	
	生年月日	
使 用 目 的	<input type="checkbox"/> 障害年金の裁定請求手続で使用するため	
	<input type="checkbox"/> その他 ()	
提供を受ける方法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 (1頁10円の実費がかかります。)	

本人、本人を現に監護する親族又は成年後見人以外の方が依頼者になる場合は、下記の本人同意欄への記入が必要です。

本人同意欄

私は、川越市が保有する標記資料について、依頼者に提供することに同意します。

本人署名 _____

(本人の自署 又は 記名押印)

- ※ 1 依頼者自身であることを証明するために必要な書類（免許証、マイナンバーカード、障害者手帳等）を提示してください。
- ※ 2 依頼者が本人以外の場合は、1に加えて、本人の療育手帳（写し可）を提示してください。（成年後見人である場合は、登記事項証明書（写し可）を提示してください。）

(市役所使用欄)

依頼者確認※ 1	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()
本人確認※ 2	<input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 登録事項証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()