

(様式第2号：代理人からの申請用)

年 月 日

福島県障がい者総合福祉センター所長 様

申請者 住所

氏名 印

電話番号

(本人との関係)

療育手帳等に係る情報の提供について (依頼)

このことについて、下記の理由により必要であるため、療育手帳等に係る以下の情報を提供してください。

1 必要とする理由及び目的

2 情報提供事項 (知りたい内容)

3 療育手帳記号・番号 _____ 第 _____ 号

4 本人の氏名

5 本人の生年月日

_____ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日