

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

証明願に記入した日にちを書きます。

知能検査等結果証明願

(あて先)

福岡市こども総合相談センター所長
(福岡市児童相談所長)

申請者住所 **福岡市○区○○ △-△-△**

えがおマンション□□□号

申請者氏名 **福岡 花子**

本人との続柄 (**父・母など**)

申請者電話番号

昼間、連絡のつく電話番号をご記入ください。

(申請理由)

- ☐ 特別児童扶養手当 申請手続き
☐ 障害基礎年金 申請手続き
☐ 障がい児福祉手当 申請手続き
☐ その他 ()

証明書の申請理由について、当てはまるものにチェックをつけます。
(その他の例) 福祉サービスの利用, 精神科受診など

本人氏名 **福岡 太郎**

生年月日 **平成**・令和 △ 年 △ 月 △ 日

(申請者と異なる場合)

本人住所

申請者と住所が異なる場合のみ記入してください。

センター使用欄

- 申請者本人確認 (☐ 運転免許証 ☐ 健康保険証 ☐ マイナンバーカード
☐ その他 () ☐ LP 確認