

# 診断書等作成申込書

申込日 2025 年 月 日

利用児・者	ふりがな			
	氏名			
	性別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日
	現住所	(〒 )		
申請者	<input type="checkbox"/> 本人	電話番号( )		
	<input type="checkbox"/> 家族	氏名	続柄 ( )	電話番号( )
	<input type="checkbox"/> 関係者	※第三者様からのお申込みには身分証明書のご提示が必要です 氏名 _____ 機関名 _____ 電話番号 ( )		

診断書等名 (初回・更新)	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書(紹介状) <input type="checkbox"/> 就学診断書 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当認定診断書 <input type="checkbox"/> 障害児福祉手当認定診断書 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳診断書 <input type="checkbox"/> 意見書(加配・受給者証) <input type="checkbox"/> 年金診断書(申請時) <input type="checkbox"/> 年金診断書(受診状況等証明書) <input type="checkbox"/> その他( )
担当医師名 医師	受取り希望日 2025 年 月 日 提出〆切り日 2025 年 月 日

◎作成には一定の期間がかかります。

◎お申し込み後のキャンセル、完成後の追記依頼はお受けできません。

同意して、申し込みます。

<問い合わせ先>

鳥取県立鳥取療育園 地域支援担当

TEL:0857-29-8889

午前9時～午後5時

月曜日～金曜日(土日祝を除く)

※原則受付での手渡しとなります。

郵送での受取りをご希望の方は、ご相談ください。

受付者	
-----	--