

証 明 書 発 行 願

(本人氏名) _____ の判定結果について証明願います。

〔 生年月日：昭和・平成 年 月 日
療育手帳番号：宮城県第 _____ 号 〕

使用目的（該当する番号に○をつけてください）

- ① 障害基礎年金申請のため
- ② 特別児童扶養手当申請のため
- ③ 就職活動のため
- ④ 就労先提出のため
- ⑤ 福祉サービスを受けるため
- ⑥ その他（ _____ ）

平成 年 月 日

宮城県リハビリテーション支援センター所長 殿

〒

願出者 住所 _____

氏名 _____ (印)

本人との関係（ _____ ）

連絡先 _____

（日中、連絡のつく電話番号をご記入ください）

※ 願出者は、証明書の発行を受けようとする本人又は保護者の方となります。

※ 発行された証明書については、目的外使用不可です。