

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（ ）

令和 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)

(記名押印又は署名)

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手帳上の保護者に限ります。
- ※ 証明書は、原則本人又は療育手帳上の保護者の住所に普通郵便にて送付します。
- ※ 証明書は目的外使用不可です。