

(様式)

証明書

所属名称

氏名

男・女(歳)

生年月日

上記の者は、療育手帳の取得の対象に準ずる障害があることを証明します。

平成 年 月 日

所属名称

代表者名

印

住所	申込者の現在の住所(住民票と同じ ※注)				
	〒 ー 愛知県				
適用	(受付日)				
	年 月 日	所長	部長	副部長	主査

※注 現在のお住まいと異なる場合はその旨、記載してください。

記載事項にある個人情報、大会に係る事業目的以外に使用しません。

社会福祉法人愛知県社会福祉協議会
福祉生きがいセンター
〒461-0011
名古屋市東区白壁 1-50 県社会福祉会館内