　　第　　　　　号

　　年　　月　　日

**自由記載１**

|  |
| --- |
| 障害者手帳交付証明書  都道府県知事・指定都市市長　印  **固定文言１**  下記の者は、障害者手帳の交付者であること（あったこと）を証明します。  記 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 手帳番号 |  | 交 付 日 |  |
| 障害等級 |  | 再交付日 |  |
| 有効期限 |  | 返 還 日 |  |
| 氏　　名 |  | 生年月日 |  |
| 住　　所 |  | | |
| **固定文言２**  備　　考 | **固定文言３＋編集１** | | |

|  |  |
| --- | --- |
| （お問合せ先） | |
| ●●市福祉部障害福祉課 | |
| 住　　所 | 123-4567　●●市●●１－２－３ |
| 電話番号  メール | 987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890  xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa |