療育手帳交付証明書発行願

年　　　月　　　日

都道府県知事・指定都市・中核市市長　殿

（提出者）

住所　〒

氏名

本人との続柄

電話番号

**固定文言１**

下記の理由により、療育手帳の交付を受けている（受けていた）ことを証する証明書の発行を依頼します。

記

証明書発行対象者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | |
| 氏　　名 |  | | |
| 住　　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　□提出者に同じ | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | |
| 手帳番号 |  | 障害の程度(総合判定) |  |
| 理　　由 |  | | |
| 備　　考 | **固定文言２＋編集１** | | |

**自由記載１**