　　第　　　　　号

　　年　　月　　日

|  |
| --- |
| 療育手帳交付証明書  都道府県知事・指定都市・中核市市長　印  **固定文言１**  下記の者は、療育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 |  |
| 障害の程度(総合判定) |  | | 旅客運賃減額 |  | 再交付日 |  |
| 次の判定年月 |  | | | | 返 還 日 |  |
| 氏　　名 |  | | | | 生年月日 |  |
| 住　　所 |  | | | | | |
| 保 護 者 | 氏　名 |  | | | 本人との続柄 |  |
| 住　所 |  | | | | |
| **固定文言２**  備　　考 | **固定文言３＋編集１** | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **自由記載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 |