

(様式)

証明書

所属名称
氏 名 男・女(歳)
生年月日

上記の者は、下記手帳取得の対象に準ずる障害があることを証明します。

(療育手帳 ・ 精神障害者保健福祉手帳)
○印を付してください。

令和 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	主幹	副主幹	専門員	主事	推進員

※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
障害者スポーツ振興センター
〒461-0011
名古屋市東区白壁 1-50 県社会福祉会館内