証　明　願

昭和・平成・令和　　年　　月　　日に判定を受けた結果について証明をお願いします。
なお、下記理由により使用するものです。

記

理　　由（必要性を具体的にご記載ください）

手帳番号　　号

ふりがな
本人氏名　　年　　月　　日生

本人住所(〒　　－　　)

申請者氏名　　続柄又は所属

住所　　電話

※本人が申請する場合下記のチェック☑をお願いします。
□療育手帳の写しを添付しました。

※本人以外が申請者である場合下記のチェック☑をお願いします。
□上記目的以外の利用はいたしません。
□療育手帳の写しを添付しました。
□申請者の身分証明書の写しを添付しました。

＊自宅以外への送付を希望する場合

住　所(〒　　－　　)

宛　先

令和　　年　　月　　日

長崎県長崎こども・女性・障害者支援センター所長　様

職員確認欄(特記事項等)
(□申請者確認済:☑により確認済みとする) 令和　　年　　月　　日