

証明書発行願

(本人氏名) _____ の判定結果について証明願います。

〔 生 年 月 日 : _____ 年 月 日 _____
療 育 手 帳 番 号 : 宮 城 県 第 _____ 号 〕

使用目的 (該当する項目の□に○を記入してください)

<input type="checkbox"/>	障害者基礎年金申請のため
<input type="checkbox"/>	特別児童扶養手当申請のため
<input type="checkbox"/>	就職活動のため
<input type="checkbox"/>	就労先提出のため
<input type="checkbox"/>	福祉サービスを受けるため
<input type="checkbox"/>	その他 (_____)

_____ 年 月 日

宮城県リハビリテーション支援センター所長 殿

願出者 (本人または療育手帳上の保護者)

〒 _____

住所 _____

氏名 _____

印

(記名押印又は署名)

本人との関係 (_____)

連絡先 _____

(日中、連絡のつく電話番号をご記入ください)

【留意事項】

- ※ 「願出者」は、証明書の発行を受けようとする「本人」又は「療育手帳上の保護者」に限ります。「療育手帳上の保護者」は療育手帳本体に記載されていますので、必ず確認の上記載してください。いずれにも該当しない場合、証明書を発行することができません。
- ※ 証明書は、原則「本人」又は「療育手帳上の保護者」の住所に普通郵便にて送付します (概ね3週間程度かかります)。
- ※ 証明書は目的外使用不可です。
- ※ 最後に判定を受けた機関が「児童相談所」の場合は、管轄の児童相談所に直接お問い合わせください (裏面に連絡先の一覧があります)。

【お問い合わせ先】

〈「本人」が18歳以上、かつ、リハビリテーション支援センターで判定を受けた方〉

宮城県リハビリテーション支援センター 知的障害支援班

住所 〒981-1217 宮城県名取市美田園2丁目1-4 電話番号 022-784-3590

〈「本人」が18歳未満、もしくは、最後に判定を受けたのが児童相談所の方〉

宮城県中央児童相談所

住所 〒981-1217 宮城県名取市美田園2丁目1-4 電話番号 022-784-3583

宮城県中央児童相談所黒川支所

住所 〒981-3304 宮城県富谷市ひより台2-42-2 電話番号 022-341-6985

宮城県北部児童相談所

住所 〒989-6161 宮城県大崎市古川駅南2丁目4-3 電話番号 0229-22-0030

宮城県東部児童相談所

住所 〒986-0850 宮城県石巻市あゆみ野5丁目7 電話番号 0225-95-1121

宮城県東部児童相談所気仙沼支所

住所 〒988-0066 宮城県気仙沼市東新城3丁目3-3 電話番号 0226-21-1020