

## 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：昭和・平成 年 月 日  
療育手帳番号：宮城県第 \_\_\_\_\_ 号 〕

使用目的（該当する番号に○をつけてください）

- ① 障害基礎年金申請のため
- ② 特別児童扶養手当申請のため
- ③ 就職活動のため
- ④ 就労先提出のため
- ⑤ 福祉サービスを受けるため
- ⑥ その他（ \_\_\_\_\_ ）

令和 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。いづ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〉

- ・ 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 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〉

- ・ 中央児童相談所

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

- ・ 北部児童相談所

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

- ・ 東部児童相談所

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

- ・ 東部児童相談所気仙沼支所

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