

証 明 書

児 童 名

生 年 月 日

平成 年 月 日

住 所

福島市

障 害 名

上記児童は、身体障害者福祉法施行規則第五条第三項に規定する2級以上の障害を有し、つねに介添えを要する者、または、知的障害者でつねに介添えを要する者であることを証明する。

平成 年 月 日

医療機関名

証 明 者

医 師 氏 名

⑩