

## 知的障がい者内容証明書

氏 名  
性 別  
生 年 月 日 平成 年 月 日  
年 齢 歳  
現 住 所  
在籍（学）期間 令和 年 月～在籍（学）中

上の者は、療育手帳の取得の対象に準ずる障がいがあることを証明  
します。

令和 年 月 日

印