

## 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