

## 来所・通所・入所証明願

令和〇年〇月〇日

東京都立中部総合精神保健福祉センター所長 殿

下記の内容について、証明願います。

使用目的	※できるだけ詳細に記載してください。 (来所) 弁護士(または司法書士)から公印のある証明書を求められているため (通所) 助成金交付申請のため
証明期間	令和〇年〇月〇日～〇年〇月〇日
必要な証明事項	(来所) <input checked="" type="checkbox"/> 来所日、来所時間 <input checked="" type="checkbox"/> 来所目的 <input type="checkbox"/> その他( ) (通所) <input checked="" type="checkbox"/> 通所開始日 <input checked="" type="checkbox"/> 通所目的 <input checked="" type="checkbox"/> その他( 所定の証明書による証明が必要 )
証明書を必要とする年月日	令和〇〇年〇月〇日

申請者

氏名	中部花子
生年月日	昭和・平成・令和 55年 5月 5日
住所	〇〇区〇〇・・・・
電話番号	03(5555)5555

代理人(家族含む) ※本人申請の場合は記載不要です。

氏名	
住所	
電話番号	
続柄	

※ 代理人申請の場合は、併せて委任状をご提出願います。

職員記入欄

本人確認	<input type="checkbox"/> 1号書類 <input type="checkbox"/> 2号書類2点 <input type="checkbox"/> 2号・3号書類2点
公印要否	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 → 庶務担当