

精神障害者保健福祉手帳交付証明願

令和 ○年 ○月 ○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 | 確定申告更生請求（障害者控除）に必要なため |
| 証明期間 | 平成28年 から 現在 まで |
| 必要な証明事項 | <input checked="" type="checkbox"/> 有効期間 <input checked="" type="checkbox"/> 発行日 <input checked="" type="checkbox"/> 障害等級 <input type="checkbox"/> その他（ ） |

精神障害者保健福祉手帳所有者

| | | | |
|------|----------------|-----|-------|
| 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 | | |
| 手帳番号 | 1234567 | | |

申請者 ※本人申請の場合は記載不要です。

| | |
|------|---|
| 氏名 | |
| 住所 | 家族が申請する場合であって、受給者本人が死去しているなど、委任状の提出ができない場合は、確認書類として戸籍抄本を添付してください。 |
| 電話番号 | |
| 続柄 | |

※ 代理人申請の場合は委任状が必要です。

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 |
|------|-------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|