

証 明 願

平成 年 月 日

民 生 委 員 殿

住所

電話 ()

氏名 _____ 印

私は、疾病のため臥床して自由がきかず、単独では日常生活が営めないため、介護者として下記の者を従事させていることを証明してください。

記

介護者住所	
介護者氏名	
届出人との続柄	
介護を受けている場所	
介護期間 (月を単位として 記入すること)	平成 年 月 日から 日まで (日間)

上記のとおり相違ないことを証明する。

平成 年 月 日

住 所

電話 ()

民生委員 _____ 印