（第７号様式）

**身体障害者、知的障害者・母子世帯等**

**自立更生者推薦書**

〔 身体、知的障害者 ・ 母子世帯等 〕

社会福祉法人 浜松市社会福祉協議会会長様

令和 年 月 日

推薦者名 印

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  | | | | | | | 性 別 | | 生年月日 | 西暦　　　　年 月 日  　　　 　（ 満 歳 ヶ月) | | | |
| 氏 名 | |  | | | | | | | 男 女 | |
| 職 業 |  | | | |
| 現住所 | | 〒 | | | | | | | | | （電話 　　　－ － ） | | | | |
| 身 体 障 害 | | | 手帳番号 | | | | | | | | | | | | |
| （手帳交付 年 月 日 級） | | | | | | | | | | | | |
| 知 的 障 害 | | | 手帳番号  （手帳交付 年 月 日） | | | | | | | | | | | | |
| 母子世帯等 | | | 母子世帯等になった年月日  西暦　　　　年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 家族構成 | 氏 名 | | | 続 柄 | | 年齢 | | 職 業 | | 氏 名 | | | 続 柄 | 年齢 | 職業 |
|  | | |  | |  | |  | |  | | |  |  |  |
|  | | |  | |  | |  | |  | | |  |  |  |
|  | | |  | |  | |  | |  | | |  |  |  |
| 既往における  表彰経歴 | | | 西暦　　　　年 月 日 | | | | | | 表 彰 種 類 | | | | 表 彰 者 | | |
|  | |  | |  | |  | | | |  | | |
| 表彰及び推薦に値する事項 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 参 考 事 項 | | |  | | | | | | | | | | | | |

注 １ 身体障害者、知的障害者または母子世帯等のいずれかを○で囲み、区分して下さい。

２ 氏名は楷書で記入し、必ず「ふりがな」をつけて下さい。

※ 個人情報の取扱いについて 推薦に関する個人情報はこの事務のみに使用し、それ以外の目的には使用いたしません。