

身体障害者・父子母子世帯等自立更生者
(身体障害者・父子母子世帯)

推 薦 書

令和 年 月 日

社会福祉法人掛川市社会福祉協議会長 宛

(推薦者)

印

(表彰規程第3条第1項第8号該当者)

ふりがな				性別		
氏名					男	女
生年月日	年 月 日生 (満 年 月)					
身体障害者 の場合	障害者名					
	等級等	級 (手帳交付年月日)		年 月 日		
現住所	〒					
電話						
職業						
家族構成	氏名	年齢	世帯主との続柄	職業		備考
	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
	6					
	7					

既往における表彰歴等	
表彰・推薦に値する事項	
参考事項	

(注) 1. 名称及び氏名等は楷書で明記し、必ずふりがなを付して下さい。