

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	男 女
氏 名						
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。