

(様式9)

介護証明書

介護する者(受給者) 住所・氏名	住所：
	氏名：
介護される者の 住所・氏名	住所：
	氏名：
介護の内容	

(宛先) 秋田市長

上記のとおりであることを証明します。

令和 年 月 日

証 明 者
氏 名 (受給者との関係・)

住 所

※上記証明は、介護の状況を証明できる方で、同居親族以外の方の自筆になります。
※誤記については、訂正印を押印してください。(修正液は不可。)