**附件10**

**证 明**

兹证明 同志，残疾证号 ，残疾类别 ，残疾等级 ，于 年 月 日在我辖区办理残疾证，相关手续齐全，有效期为 年到 年。

特此证明

XXXX县（市、区）残疾人联合会

2024年 月 日