

第4号様式(第8条関係)

開成町障害者施設通所証明書

開成町長

施設名
施設長
電話

下記の対象者について、次のとおり通所したことを証明します。

対象者 氏名	
生年月日	年 月 日生

[参考]契約上の通所日数	日(週 日)
通所曜日	月 火 水 木 金 土 日

証明期間中の通所日数

◎ 実際の通所日数を記入してください。

対象月	交通費対象日数	交通費対象外日数	合計
月	日	日	日
月	日	日	日
月	日	日	日