

様式第2号（第5条関係）

通所等証明願

下呂市知的・精神障がい者交通費助成金交付申請のため、下記により通所、通勤、又は精神の障がいに起因する通院、入院をしたことを証明願います。

年 月 日

申請者 住所 下呂市
(障がい者) 氏名

㊟

通所等証明書

通所等の施設名		通所者等氏名	
月	通 所 日 等		
			計 日
			計 日
			計 日
			計 日
			計 日
			計 日
合 計			日

上記のとおり通所等について証明します。

年 月 日

施設名
代表