

通院・通所等証明依頼書

年 月 日

医療機関・障害児通所支援事業所 様

申請者 住所 岐阜県下呂市
氏名



下呂市障がい児交通費助成事業の申請をするため、下記の者について、障がいに起因する治療・訓練のために通院・通所したことを証明願います。

記

住 所	岐阜県下呂市		
障がい児氏 名		生年月日	年 月 日生

通院・通所等証明書

通院・通所 施 設 名				障がい児 氏 名							
月	通院・通所日数										計
月											日
月											日
月											日
月											日
合 計									日		

上記のとおり、障がいに起因する治療・訓練のために通院・通所したことを証明します。

年 月 日

施設名
代表者

