様式第２号（第５条関係）

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・就労選択支援事業所　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・通所等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 等 施　設　名		障がい児 氏　名	

月	通院・通所等日数										計
月											日
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・通所等したことを証明します。

年　　月　　日

施設名

代表者