

四街道市長 様

障害者支援施設 所在地
名称
施設長氏名
電話番号

利用者通所状況証明書

利用者の通所状況について以下のとおり証明します。

利用者の氏名				
通所月	開所日数	通所日数	送迎サービスの利用日数	施設からの交通費の助成
7 年 4 月	日	日	() 日	円
7 年 5 月	日	日	() 日	円
7 年 6 月	日	日	() 日	円
7 年 7 月	日	日	() 日	円
7 年 8 月	日	日	() 日	円
7 年 9 月	日	日	() 日	円

※通所日数は利用者が施設へ通所された日数のみを記入してください。

※送迎サービスの利用日数の()欄には、往路・復路のどちらかのみ利用した日数を記入してください。

(例) 令和〇年〇月 送迎サービス利用日数 1 0 日
内往路のみ送迎サービスを利用した日数 3 日 の場合

通所月	開所日数	通所日数	送迎サービスの利用日数	施設からの交通費の助成
〇年〇月	2 5 日	1 5 日	1 0 (3) 日	0 円