

様式第2号（第5条関係）

白馬村障がい者支援施設等通所証明書

対象者 氏名			施設名				
対象月	年	月分	日数	日			
通所方法	<input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 自家用自動車（本人による運転・通所介助者による運転）						
通所日	1日	2日	3日	4日	5日	6日	7日
	8日	9日	10日	11日	12日	13日	14日
	15日	16日	17日	18日	19日	20日	21日
	22日	23日	24日	25日	26日	27日	28日
	29日	30日	31日				
<p>上記のとおり通所したことを証明します。</p> <p>白馬村長 宛</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">施設名</p> <p style="text-align: center;">施設長 印</p>							

(注)

- 1 この証明書は、対象者の通う社会福祉施設が記入してください。
- 2 通所日の欄に社会福祉施設の確認の○印をしてください。