

湖西市障害者福祉施設通所費助成通所証明書

<申請者記載欄>

障害者福祉サービス 受給者証番号		フ　リ　ガ　ナ 氏　　　　　名	
居　　　　住　　　　地			

通　所　日　数	年	月	通所	日	送迎加算	有	・無
	年	月	通所	日	送迎加算	有	・無
	年	月	通所	日	送迎加算	有	・無
	年	月	通所	日	送迎加算	有	・無
	年	月	通所	日	送迎加算	有	・無
	年	月	通所	日	送迎加算	有	・無
	年	月	通所	日	送迎加算	有	・無
	年	月	通所	日	送迎加算	有	・無
	年	月	通所	日	送迎加算	有	・無
	年	月	通所	日	送迎加算	有	・無
	年	月	通所	日	送迎加算	有	・無
	年	月	通所	日	送迎加算	有	・無

上記のとおり通所日数等について相違ないことを証明します。

年　　月　　日

申請施設 住　所

施設名

施設長