第５号様式（第８条第２項）

年　　月　　日

香取市長　様

 障害者通所施設

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所 在 地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名 称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設長氏名　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

通所証明書

　利用者の通所状況について、以下のとおり証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者氏名 |  |
| 通所月 | 通所日数 | 送迎サービス利用日数 |
| 年　　月 | 日 | 日 |
| 年　　月 | 日 | 日 |
| 年　　月 | 日 | 日 |