様式第２号（第６条関係）

年　　月　　日

紀美野町長　　　　　　様

障害者施設等　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 |
| 年　　月 | 日 | 日 | 日 | 円 |
| 年　　月 | 日 | 日 | 日 | 円 |
| 年　　月 | 日 | 日 | 日 | 円 |
| 年　　月 | 日 | 日 | 日 | 円 |
| 年　　月 | 日 | 日 | 日 | 円 |
| 年　　月 | 日 | 日 | 日 | 円 |