

様式第2号（精神障害者）（第5条関係）

北竜町在宅障害者等施設通所事実証明書

下記の者は、次のとおり通所していたことを証明します。

（通所日に○印を記してください）

通所者の住所																
通所者の氏名																
通所の期間	年 月 日 ~								年 月 日							
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
月分 (日間)	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
月分 (日間)	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
月分 (日間)	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
合計	日 間															

年 月 日

北竜町長 様

証明者 住 所 _____
 氏 名 _____
 施設長名 _____ 印

様式第2号（療育センター）（第5条関係）

北竜町在宅障害児療育センター通所事実証明書

下記の者は、次のとおり通所していたことを証明します。

(通所日に○印を記してください)

通所者の住所																
通所者の氏名																
通所の期間	年 月 日 ~								年 月 日							
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
月分 (日間)	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
合計	日 間															

年 月 日

北竜町長 様

証明者 住 所

氏 名

施設長名

印