様式第２号（第５条関係）

障がい者施設通所証明書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 障がい者氏名 | 　 | 住所 | 　日南町 |
| 通所日数 | 令和　　年　　月分　　　　日数　　　　日 |
| 通所方法 | □鉄道　　　□施設所有車　　　□自家用車□その他（　　　　　　　　） |
| 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 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　上記のとおり証明します。令和　　年　　月　　日　日南町長　　様施設名　　　　　　　　　　　　　　　　施設長　　　　　　　　　　　　　　印　 |

　(注)

　　１　この証明書は、障がい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。