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。