

様式第2号（第4条関係）

在籍証明書兼通所日数証明書

対象者氏名		住所	
福祉施設名			
所在地			
施設種類	児童発達支援・生活介護・自立訓練・地域活動支援センター・就労移行支援・就労継続支援(A型・B型)・その他()		
在籍年月日 (契約日)	年 月 日		
在籍期間	契約日から 現在も在籍中 / 年 月 日まで		
通所方法	<input type="checkbox"/> 電車	<input type="checkbox"/> バス	<input type="checkbox"/> 自家用車

通所月	通所日数	通所月	通所日数
年 月	日	年 月	日
年 月	日	年 月	日
年 月	日	年 月	日
備考			

【福祉施設確認欄】(必須) 該当箇所をチェック☑をいれること

通所にあたり介助者による介助が必要か 必要である 必要でない

通所にあたり施設からの補助費があるか 補助がある(※) 補助がない

(※)補助がある場合…補助金の額 本人分 円 介助者分 円

(ただし 年 月分 ~ 年 月分として)

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

福祉施設名.....

福祉施設長名..... 印