

通院・通学(園)・通所 証明書

1 対象者（障害者名）

住 所 柏崎市

氏 名

2 利用状況

(1)目 的 通院 通学(園) 通所
(いずれかに○をつける)

(2)利用日数 毎週 日 毎月 日

(3)利用期間 年 月 日以降、6か月以上継続
(見込み)

3 施設等への送迎方法

家族の運転する自動車

上記のとおり、証明します。

令和 年 月 日

住所

氏名

⑩

(医院、学校、事業所など証明者の名称)