

No.

令和 年 月 日

山北町長様

施設名

施設長

印

次のとおり、通所していることを証明します。

障 害 者 氏 名				
生 年 月 日	年 月 日	性 別		
手 帳 番 号	神奈川県第 号			
障 害 名				
程 度 及 び 等 級	級			
通 所 日 数	週 日	通所曜日	月 火 水 木 金 土	

月通所回数	回
月通所回数	回
月通所回数	回