

通 所 日 数 証 明 書

令和 年 月 日

(宛先) 白井市長

住 所

施 設 名

代表者氏名

下記のとおり通所していることを証明します。

記

対 象 者	ふりがな	
	氏 名	
	住 所	
通 所 回 数	年 月	回
	年 月	回
	年 月	回
備 考		

※デイケアの場合は、デイケアに参加した日数を記入してください。診察のみの場合は、本制度の対象になりません。

※事業所が送迎した日がある場合は、その日数を除いた数を記入してください。

※事業所からの補助がある場合は、補助額を記入してください。