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、その日数を除し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。