様式第２号（第５条関係）

障害者施設通所証明書

<table>
<tr><td colspan="2">障害者氏名</td><td colspan="2"></td><td>住　　所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">通所日数</td><td colspan="5">年　　月分　　日数　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">通所方法</td><td colspan="5">□鉄道　　□施設所有車　　□自家用車
□その他（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="10">通所日</td><td>１日</td><td>２日</td><td>３日</td><td>４日</td><td>５日</td><td>６日</td><td>７日</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>８日</td><td>９日</td><td>10日</td><td>11日</td><td>12日</td><td>13日</td><td>14日</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>15日</td><td>16日</td><td>17日</td><td>18日</td><td>19日</td><td>20日</td><td>21日</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>22日</td><td>23日</td><td>24日</td><td>25日</td><td>26日</td><td>27日</td><td>28日</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>29日</td><td>30日</td><td>31日</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

上記のとおり証明します。

年　　月　　日

日南町長　　様

施設名

施設長　　㊞

（注）

１　この証明書は、障害者の通う社会福祉施設が記入してください。

２　通所日の欄に社会福祉施設の確認の押印をしてください。