

## 通所日数等証明書

施設利用者・児 氏名	
施設利用者・児 住所	千曲市
通 所 施 設 名	

月別通所日数	月 別	通 所 日 数	月 別	通 所 日 数
	年 12月	日	年 6月	日
	年 1月	日	7月	日
	2月	日	8月	日
	3月	日	9月	日
	4月	日	10月	日
	5月	日	11月	日
			合 計	日

注1) 1日の作業時間は問いませんので、各月の通所した日数を正確にご記入ください。

注2) 通所した施設ごとに証明書を作成してください。

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

施 設 住 所  
通所施設名

印

以下は記入しないでください。(市役所において記入します)

通所移動距離	km(自宅から施設までの直線距離)
--------	-------------------