

別記様式第2号(第5条関係)

依 頼 書

年 月 日

様

依頼人 住 所 _____
氏 名 _____

高山市障がい児通園等助成事業の申請をするために必要ですので、下記の児童について通園・通院証明書の無償交付をお願いします。

記

障がい児氏名	
住 所	岐阜県高山市
生 年 月 日	年 月 日生

年 月 日

通園・通院証明書

(あて先)高山市長

施設等の住所・名称

当施設(病院等)へ次のとおり通園(通院等)されたことを証明します。

月別通園(通院等)回数					
4月	回	8月	回	12月	回
5月	回	9月	回	1月	回
6月	回	10月	回	2月	回
7月	回	11月	回	3月	回

注)・各月に通園(通院等)された回数を、その該当月に記入願います。

- ・この証明書は、高山市障がい児通園等助成事業申請の目的以外には使用できません。
- ・不明な点は、高山市社会福祉事務所(0577-35-3139)までご連絡願います。