

様式第5号

通所日数証明書

令和 年 月 日

岩美町長様

作業所長名

岩美町障がい者小規模作業所等通所費助成金交付要綱第9条の規定に基づき、下記の者の通所日数を証明します。

通所者氏名 _____

| | | |
|----|----------|-------------|
| 月分 | 通所日数 | 日 |
| | 交通費支給の有無 | 支給有り ・ 支給無し |
| 月分 | 通所日数 | 日 |
| | 交通費支給の有無 | 支給有り ・ 支給無し |
| 月分 | 通所日数 | 日 |
| | 交通費支給の有無 | 支給有り ・ 支給無し |

※交通費の支給がある場合は、金額のわかる明細書の添付をお願いします。