

(記載例)

条第1項)

四街道市長 様

◎利用者通所状況証明書の内容は全て、施設側で記入してください。利用者で書いていただく項目はありません。

◎利用者が市に書類を提出する期限は、上半期分が10月末日、下半期分が4月末日ですので、証明書を作成しましたら、速やかに利用者へお渡しください。

障害者支援施設 所在地 千葉市千葉町 999

名称 千葉就労支援センター

施設長氏名 千葉 一郎

電話番号 043-999-9999

利用者通所状況証明書

~~年 月 日~~

日付の記入は不要です。

コメントの追加 [yt1]:

施設の所在地、名称、代表者の氏名、電話番号を記入してください。押印不要

施設を利用している利用者本人の氏名を記入してください。

利用者の通所状況について以下のとおり証明します。

利用者の氏名		四街道 太郎			
通所月	開所日数	通所日数	送迎サービスの利用日数	施設からの交通費の助成	
○年○月	20日	10日	2( )日	2,000円	}
○年○月	20日	10日	2( )日	2,000円	
○年○月	23日	12日	3(1)日	2,000円	
○年○月	23日	12日	3(1)日	2,000円	
○年○月	20日	10日	日	2,000円	
○年○月	23日	12日	2( )日	2,000円	

内容については下記を参照の上、記入してください。

通所した月について、各項目の記入をお願いします。

◆通所月…上半期中(4~9月)、又は下半期中(10~3月)に通所した月の年月を記入

◆開所日数…施設が開所していた日数

◆通所日数…利用者が通所をした日数(※)

◆送迎サービスの利用日数…通所があった月で利用者が施設の送迎サービスを利用した日数。ただし、往路・復路のどちらかのみ送迎を利用した日数がある場合は、( )内にその日数を記入してください。

◆施設からの交通費の助成…市の助成金とは別に、施設から利用者への助成金があった場合のひと月分の助成額

※通所日数について、通所日数は、実際に利用者が施設へ通所した日のみとなり、在宅で施設からの支援を受けた日数は含まれませんのでご注意ください(感染症拡大予防を目的として在宅となった場合も通所日数に含まれません)。