

様式第3号

千葉県心身障害者通所交通費助成
利用契約日数等証明書

年 月 日

(あて先) 千葉市長

施設所在地

名 称

代表者氏名

印

対象者は、当施設を下記のとおり利用していることを証明します。

対 象 者	フリガナ	
	氏 名	
	住 所	千葉市
利 用 開 始 日		年 月 日
利用契約日数変更年月日 (変更届の場合のみ記入)		年 月 日
1 か月あたりの 利 用 契 約 日 数		日 / 1か月

- ◎ この証明書は、通所施設の利用者が、千葉県へ心身障害者通所交通費助成の受給資格の認定請求をする際又は利用契約日数の変更の届出をする際に、利用契約書の写しの代わりに添付する書類です。
- ◎ 契約により通所する施設以外の施設(心身障害者ワークホーム等)の場合には、「利用契約日数」のところを「対象者の利用予定日数」と読み替えてください。