

様式第 7 号

千葉県心身障害者通所交通費助成
通 所 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、当施設に下記の日数通所したことを証明します。

【対象期間】 年 月～ 年 月

対 象 者	フリガナ			
	氏 名			
	住 所	千葉市		
通 所 年 月		年 月	年 月	年 月
上 記 の 月 に 通所した日数		日	日	日
1 か月あたりの 利用契約日数		日	日	日

◎ この証明書は、千葉県心身障害者通所交通費助成の受給資格の認定をされている方が通所交通費の請求をする際に添付する書類です。

◎ 証明の対象期間は、下記の区分の各 3 か月分となります。

期 別	期 間
第 1 期	4 月 5 月 6 月分
第 2 期	7 月 8 月 9 月分
第 3 期	1 0 月 1 1 月 1 2 月分
第 4 期	1 月 2 月 3 月分