

# 通園証明書

平成 年 月 日

（給付決定保護者氏名）

様

住所

施設名

施設長氏名

印

下記児童は、当施設に通園（通所）していることを証明します

記

	児童氏名	生年月日	在園期間
1			平成 年 月 日 ～平成 年 月 日
2			
3			
4			

提出先

川西市 健康福祉部 福祉推進室 障害福祉課