

様式第2号(第5条関係)

通所・通院証明書

南越前町早期療育支援金支給要綱による支援金の申請をしたいので、証明をお願いします。

対象児	住所	南越前町		
	氏名		生年月日	年 月 日
治療・訓練内容				

月～ 月の通所・通院日 施設(病院)名()

月	通所・通院日 (○で囲んでください)																回数	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				

上記のとおり通所・通院したことを証明します。

年 月 日

施設(病院)名

施設(病院)長

印

----- 以下町事務処理欄 -----

*認定内訳

月別	回数	単価	計	認定額
月		500円 1,000円	円	円
月		500円 1,000円	円	円
月		500円 1,000円	円	円
合 計				円