

# 通 所 証 明 書

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

通所開始日 \_\_\_\_\_

上記の者は、家族の運転する自家用車により、(場所) \_\_\_\_\_ から

まで月 1 回以上通所していることを証明します。

年 月 日

(発行者) 住 所 \_\_\_\_\_

名 称 \_\_\_\_\_

代表者 \_\_\_\_\_ (印)

- ※ 通所とは、障害者就労継続支援事業実施施設等への通所をいい、老人デイサービス等の老人介護施設等は該当しません。
- ※ 障害者就労継続支援事業実施施設等に常時入所されている身体障害者等が月 1 回以上一時帰宅される場合もこの様式を使用してください。
- ※ 証明書については、証明日から 3 か月が証明有効期間です。

(2019 年4月以降の減免申請用)