

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。