

通園証明書

令和 年 月 日

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			
2			
3			

(注)この通園証明書は、児童通所支援利用に対する多子軽減措置に係るものです。
施設独自の書式でも差し支えありません。

問合せ先 流山市役所障害者支援課 障害者給付係

電話 04-7158-1111(代表)

04-7150-6081(課直通)