

(様 式 第 2 号)

通 院 ・ 通 所 証 明 書

令和 年 月 日

(あて先) 千葉市長

住 所

施設 (団体) 名

代 表 者 氏 名

印

下記の者は通所していることを証明します。

記

通所施設の種別		(該当する種別の <input type="checkbox"/> にチェックを記入して下さい) <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 自立訓練 <input type="checkbox"/> 就労選択支援 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援 <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター <input type="checkbox"/> 精神障害者共同作業所 <input type="checkbox"/> 精神科デイケア <input type="checkbox"/> 精神科ナイトケア <input type="checkbox"/> 精神科デイナイトケア <input type="checkbox"/> 精神科ショートケア			
対象者	氏 名	カナ			
		漢字			
	住 所				
月 当 た り 作 業 日 数	月		月	月	計
備 考					