

通 園 証 明 書

平成 年 月 日

（給付決定保護者氏名）様

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			平成 年 月 日 ～平成 年 月 日
2			
3			
4			