

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 | | | |