

通園証明書

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（予定）
1			年 月 日 ～ 年 月 日
2			
3			
4			