

利用者負担額軽減対象施設にかかる在籍(利用)証明書

年 月 日

函館市長 あて

(証明者)

所在地 _____

施設名 _____

施設長名 _____ (印)

電話 () _____

※代表者印は朱肉で押印してください。

次の児童について、下記の施設に在籍(利用)していることを証明します。

記

1. 施設の種類 <small>(該当する施設を○で囲んでください)</small>	・新制度に移行していない幼稚園・特別支援学校 幼稚部 ・情緒障害児短期治療施設 通所部・児童発達支援 ・医療型児童発達支援
2. 在籍(利用)児童の 氏 名	
3. 在籍(利用)児童の 生 年 月 日	年 月 日
4. 在籍(利用)児童の 保護者氏名(続柄)	(続柄)
5. 在籍(利用)児童の 住 所	函館市 町 丁目 番 号
6. 入所(利用開始)年月日	年 月 日
7. 退所(利用停止)年月日	年 月 日

※ 退所(利用停止)年月日については、児童がすでに退所しているときのみ記入してください。