

様式第 2 号 (第 5 条関係)

年 月 日

伊根町長 様

所在地

施設名

代表者名

印

サービス利用証明書

下記の者が、伊根町日中活動系障害福祉サービス利用給食費助成金交付要綱に基づき助成金の交付を受けるに当たり、利用状況が下記のとおりであったことを証明します。

記

フリガナ			
利用者氏名		生年月日	年 月 日
利用年月		食事を伴う利用日数	
年	月		日
年	月		日
年	月		日
年	月		日
年	月		日
年	月		日
合 計			日