

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、伊根町就労系障害福祉サービス利用交通費助成金交付要綱に基づき助成金を受けるにあたり、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		利 用 日 数	
年 月		日	
年 月		日	
年 月		日	
年 月		日	
年 月		日	
年 月		日	
年 月		日	
年 月		日	
年 月		日	
年 月		日	
年 月		日	
合 計		日	