**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 |
| 1 |  |  | 　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |