

別記様式第2号（第4条関係）

当別町障がい者就労系事業所等通所証明書

年 月 日

当別町長 様

住 所

事業所名

代表者名

本事業所に通所する下記の者が、当別町障がい者就労系事業所等通所交通費助成事業実施規則に基づく助成金の交付を受けるに当たり、通所状況が下記のとおりであったことを証明します。

通所状況

通所者氏名		
通所月	通所日数	事業所交通費支給額
年 月	日	円
年 月	日	円
年 月	日	円
年 月	日	円
年 月	日	円
年 月	日	円

備考

- 1 通所日数については、実際に公共交通機関等を利用した日を記載してください
- 2 通所したことが確認できる書類（出勤簿等）を添付してください