

通園証明書

就学前の障害児通所支援に係る利用者負担の多子軽減について

①保護者記載欄

申請者氏名 (支給決定者氏名)			
生年月日	昭和 平成	年	月
居住地	〒	- 電話番号： ()	

②保育園・幼稚園・認定こども園等記載欄（通園している児童の状況）

児童名			
生年月日	平成 令和	年	月
在園期間	年	月	日から 年 月 日まで (予定)
施設等の名称			
施設等の種類 (該当する箇所に○印を つけてください)	入所	・情緒障害児短期治療施設通所部（「児童福祉法」に定める） ・認可保育所（「児童福祉法」に定める） ・認定こども園（「就学前保育等推進法」に定める） ・幼稚園、特別支援学校幼稚部（「学校教育法」に定める）	
	利用	・児童発達支援および医療型児童発達支援（「児童福祉法」に定める）	

上記の児童は、当施設に在園している（予定を含む）ことを証明します。

年 月 日

所在地

施設名

施設長
(園長)

【連絡先】

〒675-8501

加古川市加古川町北在家2000

加古川市 障がい者支援課 自立支援係

TEL 079-427-3626 (直通) FAX 079-422-8360