

# 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<br>(支給決定者氏名) |                      |   |     |
| 生 年 月 日            | 昭和<br>平成             | 年 | 月 日 |
| 居 住 地              | 〒 -<br><br>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<br>令和                | 年  | 月 日 |
| 在 園 期 間                            | 年 月 日から<br>年 月 日まで (予定) |  |     |
| 施設等の名称                             |                         |  |     |
| 施設等の種類<br>(該当する箇所には○印を<br>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）<br>・ 認可保育所（「児童福祉法」に定める）<br>・ 認定こども園（「就学前保育等推進法」に定める）<br>・ 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