

通 園 ・ 通 院 等 証 明 書

平成 年 月 日

名 張 市 長 様

本人又は保護者（未成年等の場合）

住 所 名張市

氏 名

名張市重度障害等自動車燃料費助成を受けるため、下記のことについて証明願います。

記

本 人	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	名張市		

区 分	通園・通院先等の 名 称 又 は 業 種	左 記 事 の し て い る 地 又 は 所	1 週 当 た り の 通 園 等 回 数
通 園 通 学 通 院 通 勤 生 業			1 週 回

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

住 所

機 関 の

名 称

印

注）証明日より3か月以上たっているもの及び訂正のあるものなどは無効です。