

第 3 号様式（第 9 条関係）

茅ヶ崎市障害児者施設通所報告書

年 月 日

（あて先）茅ヶ崎市長

住所
通所者
氏名

次のとおり通所した日数を報告します。

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
月	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計		日
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
月	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計		日
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
月	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計		日

上記のとおりであることを確認します。

年 月 日

施設の名称
代表者氏名

印