

常時介護証明に係る(通院・通学・通所・通勤) 証明書

証明対象者	住所	
	氏名	

【証明欄】 (注)以下の内容について、必要事項を記入又は該当項目を選択してください。

上記の者は、当() [病 院
学 校
施 設
会 社] へ、平成 _____ 年 _____ 月から

週 _____ 回程度 [・介護者の運転する軽自動車等で、
・通院、通所などの方法は把握していませんが、] [通 院
通 学
通 所
通 勤]

されていることを証明します。

また、介護者の運転による軽自動車等での [通 院
通 学
通 所
通 勤] の開始時期は、

[平成
・令和 _____ 年 _____ 月であることが確認されます。
・確認できません。]

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

証明者(代表者)
住所(所在地)
氏名(名称) 印