

第2号様式

船橋市心身障害者一時介護証明書				
心身障害者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	船橋市		
介護実施期間	年 月 日	午前・午後	時	分から
	年 月 日	午前・午後	時	分まで
一時介護料	円			
<p>上記のとおり証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>所在地</p> <p>福祉施設又は 福祉団体の名称</p> <p>代表者名 印</p>				