

第2号様式

船橋市更生訓練費証明書

年 月 日

船橋市長 あて

所在地

名称

代表者氏名



更生訓練費について、以下の通り事実と相違ないことを証明します。

対象者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	居住地			
障害福祉サービス 利用状況	※該当するものにチェックしてください <input type="checkbox"/> 自立訓練 <input type="checkbox"/> 就労移行支援		受給者番号	
訓練年月 及び日数				
更生訓練 費証明欄	実費負担内容	金額	備考	
主な訓練 内容				