

様式第3号(第7条関係)

\*補助金の請求は、9月と3月です。この利用証明書を添えて、補助金交付申請書(様式第4号)により請求してください。

### 高砂市言語発達相談利用証明書

年度 [氏名]

[生年月日]

年 月 日生

利用月日	実施時間	実施内容	実施者氏名	費用
月 日	時 分～ 時 分			円
月 日	時 分～ 時 分			円
月 日	時 分～ 時 分			円
月 日	時 分～ 時 分			円
月 日	時 分～ 時 分			円
月 日	時 分～ 時 分			円
月 日	時 分～ 時 分			円
月 日	時 分～ 時 分			円
月 日	時 分～ 時 分			円
月 日	時 分～ 時 分			円
月 日	時 分～ 時 分			円
月 日	時 分～ 時 分			円
月 日	時 分～ 時 分			円
月 日	時 分～ 時 分			円
月 日	時 分～ 時 分			円

上記利用内容・請求費用等について、相違ないことを証明します。

実施機関名

印