

通 院 証 明 書

通院者 住 所 厚真町
氏 名

注 一般の疾病治療については、対象外となります。

4年 4月分	診療日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
回	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
4年 5月分	診療日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
回	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
4年 6月分	診療日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
回	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
4年 7月分	診療日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
回	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
4年 8月分	診療日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
回	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
4年 9月分	診療日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
回	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	

※ 通院証明は、障がいを理由とした更生医療や機能訓練、検査等に要した通院(所)日にのみ証明の押印をしてください。

上記のとおり障がいを理由とした医療等のために通院したことを証明します。

令和 年 月 日

病 院 名 住所
医師名又は担当者 氏名