

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。

※ボールペン等による○印ではなく、病院又は担当医の押印で証明をしてください

8年 4月	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	

8年 5月	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

8年 6月	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	

8年 7月	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

8年 8月	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

8年 9月	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

印