

## 通院証明書

1. 患者氏名

2. 患者住所

3. 対象区分  障害者自立支援法第54条の規定に基づく通院

(該当するものに✓)  特定疾患治療研究事業対象疾患による通院

上記の者につき、下記のとおり通院したことを証明します。

月	通院の有無 該当する方に○をしてください。	月	通院の有無 該当する方に○をしてください。
1 月	有・無	7 月	有・無
2 月	有・無	8 月	有・無
3 月	有・無	9 月	有・無
4 月	有・無	10 月	有・無
5 月	有・無	11 月	有・無
6 月	有・無	12 月	有・無

年 月 日

倉吉市長様

医療機関住所

医療機関名

代表者名