

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 <small>該当する方に○をしてください。</small>	月	通院の有無 <small>該当する方に○をしてください。</small>
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