

(様式第3号)

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。 |
|--------------|--------------------------|------|--------------------------|
| 平成30年 3 月 | 有 ・ 無 | 8 月 | 有 ・ 無 |
| 4 月 | 有 ・ 無 | 9 月 | 有 ・ 無 |
| 5 月 | 有 ・ 無 | 10 月 | 有 ・ 無 |
| 6 月 | 有 ・ 無 | 11 月 | 有 ・ 無 |
| 7 月 | 有 ・ 無 | 12 月 | 有 ・ 無 |

平成 年 月 日

倉吉市長 様

医療機関住所

医療機関名

代表者名

印