

# 難病患者等通院証明書

※医療機関の皆様へ

助成（証明）の対象となる通院は、指定難病や障がい者手帳に記載されている疾病に関する診療分のみとなりますのでご留意願います。

住 所

氏 名

上記の者について、次のとおり治療のため当院に通院したことを証明します。

（緊急入院日及び退院日を含みます。入院日＝ 月 日～ 月 日）

通 院 月	通 院 回 数	入院・退院・通院日に○をつける。
令和 年 月	回	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14・15・16・17・18・19・20・21・22・23・24・25・26・27・28・29・30・31
令和 年 月	回	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14・15・16・17・18・19・20・21・22・23・24・25・26・27・28・29・30・31
令和 年 月	回	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14・15・16・17・18・19・20・21・22・23・24・25・26・27・28・29・30・31
令和 年 月	回	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14・15・16・17・18・19・20・21・22・23・24・25・26・27・28・29・30・31
令和 年 月	回	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14・15・16・17・18・19・20・21・22・23・24・25・26・27・28・29・30・31
令和 年 月	回	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14・15・16・17・18・19・20・21・22・23・24・25・26・27・28・29・30・31
令和 年 月	回	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14・15・16・17・18・19・20・21・22・23・24・25・26・27・28・29・30・31
令和 年 月	回	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14・15・16・17・18・19・20・21・22・23・24・25・26・27・28・29・30・31
令和 年 月	回	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14・15・16・17・18・19・20・21・22・23・24・25・26・27・28・29・30・31
令和 年 月	回	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14・15・16・17・18・19・20・21・22・23・24・25・26・27・28・29・30・31
計	回	

令和 年 月 日

医療機関名

管理者名

印