

難病者等通院証明書

通院者氏名	
通院区分	1 特定疾患・指定難病・小児慢性特定疾患（病名） 2 先天性血液凝固因子障害 3 自立支援医療（人工透析） 4 その他の疾患（町長が特に必要と認めた疾患）

※ 通院者氏名を記入し、通院区分の該当番号に○を付してから実施医療機関の証明を受けてください。

《実施期間証明についてお願い》

上記、通院区分の通院治療のための交通費等の助成に必要になります。
月単位での申請となりますので、月毎に1枚発行してください。

令和 年 月 分															
通 院 日	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	※通院した日に医師等(証明者)の押印をお願いします。													

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

実施医療機関名称

証 明 者

印