

受給者通院費等証明書

様

医療機関等の 住 所

名 称

職名及び氏名

次のとおり（通院・通所）したことを証明します。

受 給 者		氏 名				生年月日				年 月 日																					
		住 所				日 南 町																									
月	1日	2日	3日	4日	5日	6日	7日	8日	9日	10日	11日	12日	13日	14日	15日	16日															
	17日	18日	19日	20日	21日	22日	23日	24日	25日	26日	27日	28日	29日	30日	31日	合計															
																	日														
月	1日	2日	3日	4日	5日	6日	7日	8日	9日	10日	11日	12日	13日	14日	15日	16日															
	17日	18日	19日	20日	21日	22日	23日	24日	25日	26日	27日	28日	29日	30日	31日	合計															
																	日														
月	1日	2日	3日	4日	5日	6日	7日	8日	9日	10日	11日	12日	13日	14日	15日	16日															
	17日	18日	19日	20日	21日	22日	23日	24日	25日	26日	27日	28日	29日	30日	31日	合計															
																	日														
通院								日								通所（デイケア）								日							

(注) この証明書は、本人が実際に受診した日又は、家族が薬を受領に来院した日及びデイケア事業所に通所した日 についてのみ押印等により証明して下さい。