

通院証明書

令和 年 月 日

今治市福祉事務所長 様

申請者

住 所 _____

氏 名 _____

患者との関係 _____

通院者	住 所						
	氏 名						
*通院した日を○で囲んでください。							
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	
						年 月分	
29	30	31				通院日数	日

上記のとおり通院したことを証明いたします。

年 月 日

医療機関名

管理者又は

医師 氏名

(注) この通院証明書は、生活保護法による医療を受けている方のものです。