

様式第2号(第2条関係)

難病患者通院証明書

年 月 日

みよし市長 殿

申請者 住所
氏名

※以下は医療機関が記入

氏 名	
生 年 月 日	年 月 日
住 所	
病 名	
通 院 回 数	1 カ 月 回
上記の者は、現在治療のため通院していることを証明します。 年 月 日 病院又は診療所の名称 所在地 診療担当科名 科 医師名	