様式第２号（第５条関係）

通院証明書（長崎県透析患者通院交通費助成事業）

申請者氏名

　上記の者は、人工透析治療のため、下記のとおり当院へ通院したことを証明します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 対象月 | 通院日 |
| 令和　　　年　　　月 | 日　　　日　　　日　　　日　　　日　　　日　　　日　　　日日　　　日　　　日　　　日　　　日　　　日　　　日　　　日 |
| 令和　　　年　　　月 | 日　　　日　　　日　　　日　　　日　　　日　　　日　　　日日　　　日　　　日　　　日　　　日　　　日　　　日　　　日 |
| 令和　　　年　　　月 | 日　　　日　　　日　　　日　　　日　　　日　　　日　　　日日　　　日　　　日　　　日　　　日　　　日　　　日　　　日 |
| 令和　　　年　　　月 | 日　　　日　　　日　　　日　　　日　　　日　　　日　　　日日　　　日　　　日　　　日　　　日　　　日　　　日　　　日 |

※記載例

|  |  |
| --- | --- |
| 対象月 | 通院日 |
| 令和　　7年　　7月 | １日　　３日　　５日　　８日　１０日　１２日　１５日　１７日１９日　２２日　２４日　２６日　２９日　　　日　　　日　　　日 |

令和　　年　　月　　日

医療機関住所

医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　㊞