

# 通院証明書

申請者  
氏名

上記の者は、「精神保健及び精神保健福祉法に関する法律」第45条に規定する精神障害者保健福祉手帳を保持し、同法第32条の規定に基づく医療のため、下記のとおり当医療機関に本人自身が通院したことを証明します。

記

年 月	通 院 日				
平成 年 月	日	日	日	日	日
外来担当医師確認印	印	印	印	印	印
計	日間				

平成 年 月 日

医療機関名

担当医師

印

この欄は、伊根町で記載する欄です。

移送サービス事業の利用状況						
登録の有無	有		・	無		
利用月日	月	日	日	日	日	日

この通院証明書は、医療機関で証明を受けて伊根町精神障害者通院交通費支給申請書に添付してください。