

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、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令」第1条の2第3号の規定に基づく精神通院医療のため、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					計
年 月	日	日	日	日	日	日間
年 月	日	日	日	日	日	日間
年 月	日	日	日	日	日	日間
年 月	日	日	日	日	日	日間
年 月	日	日	日	日	日	日間
年 月	日	日	日	日	日	日間
年 月	日	日	日	日	日	日間
年 月	日	日	日	日	日	日間
年 月	日	日	日	日	日	日間
年 月	日	日	日	日	日	日間
年 月	日	日	日	日	日	日間
					合計	日間

令和 年 月 日

医療機関名

担 当 医 師



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。