

様式第3号（第7条関係）

枝幸町人工透析患者通院交通費助成通院証明書

下記の者は、腎臓の機能に障害を有し、次のとおり当院に人工透析療法受療のため通院したことを証明します。

申請者	住所						
	氏名					生年月日	
						年	月
通院年月		年 月					
通院日	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
	29	30	31	人工透析治療のため、通院した全ての日に○印を記載願います			

年 月 日

医療機関名

透析室担当者

印