様式第５号（第６条関係）

受給者通院費等証明書

　　　　　　　　　　　　　　様

医療機関等の 住　　　　所

名　　　　称

職名及び氏名 

次のとおり（通院・通所）したことを証明します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受　給　者 | | | 氏　　名 | |  | | | | | | 生年月日 | | | 年 月 日 | | | |
| 住　　所 | | 日　南　町 | | | | | | | | | | | | |
| 月 | 1日 | 2日 | 3日 | 4日 | 5日 | 6日 | 7日 | 8日 | 9日 | 10日 | 11日 | | 12日 | 13日 | 14日 | 15日 | 16日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 17日 | 18日 | 19日 | 20日 | 21日 | 22日 | 23日 | 24日 | 25日 | 26日 | 27日 | | 28日 | 29日 | 30日 | 31日 | 合計 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | 日 |
| 月 | 1日 | 2日 | 3日 | 4日 | 5日 | 6日 | 7日 | 8日 | 9日 | 10日 | 11日 | | 12日 | 13日 | 14日 | 15日 | 16日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 17日 | 18日 | 19日 | 20日 | 21日 | 22日 | 23日 | 24日 | 25日 | 26日 | 27日 | | 28日 | 29日 | 30日 | 31日 | 合計 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | 日 |
| 月 | 1日 | 2日 | 3日 | 4日 | 5日 | 6日 | 7日 | 8日 | 9日 | 10日 | 11日 | | 12日 | 13日 | 14日 | 15日 | 16日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 17日 | 18日 | 19日 | 20日 | 21日 | 22日 | 23日 | 24日 | 25日 | 26日 | 27日 | | 28日 | 29日 | 30日 | 31日 | 合計 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | 日 |
| 通　　　　　院 | | | | | | 通　所　（　デ　イ　） | | | | | | 通　所　（　作　業　所　） | | | | | |
| 日 | | | | | | 日 | | | | | | 日 | | | | | |

（注）この証明書は、本人が実際に受診した日又は、家族が薬を受領に来院した日及び、作業所等に通所した日についてのみ押印等により証明して下さい。