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。