別紙１

幌延町心身障がい者（児）等通院（所）証明書

|  |  |
| --- | --- |
| 通院（所）者氏名 |  |
| 通院（所）区分 | １　人工透析療法  ２　自立支援医療（精神通院）  ３　特定疾患・小児慢性特定疾患　（病名・疾患名　　　　　　　　　　　　　）  ４　障害児通所サービス  ５　早期療育（医療・訓練） |

　※通院（所）者氏名を記入し、通院（所）区分の該当番号に〇を付してから実施機関の証明を受けてください。

《実施期間証明についてお願い》

上記、通院（所）区分のための交通費助成に必要となります。

月単位での申請となりますので、月毎に１枚発行してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　　　月　分 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通院（所）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 | ＊通院（所）した日に医師等（証明者）の押印を願います。 | | | | | | | | | | | | | |

上記のとおり相違ないことを証明する。

平成　　年　　月　　日

実施機関名称

証明者　　　　　　　　　　　　　　　　印