

疾病等の証明願

医療機関の長  
又は（主治医） \_\_\_\_\_ 殿

申請者 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_  
(保護者)  
氏名 \_\_\_\_\_ 印

支給認定申請のため、下記の事項について証明願います。

1. 対象者名 \_\_\_\_\_ 申請者との続柄 ( \_\_\_\_\_ )

2. 傷病名 \_\_\_\_\_

3. 今後の経過および治癒見込み期間について

A. 入院の必要がある (期間 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日までの見込み)

B. 通院の必要がある (期間 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日まで、  
一週間当たり \_\_\_\_\_ 回程度通院の見込み)

C. 自宅等での療養の必要がある (期間 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日までの見込み)

証 明 書

上記の者の疾病等について、上記のとおりであることを証明します。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

舞鶴市長 様

証明者 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

医療機関の長  
又は（主治医） \_\_\_\_\_ 印