

様式第7号

## 通院証明書

申請者 住 所 鹿沼市

氏 名

生年月日 年 月 日 ( 歳)

次のとおり通院治療したことを証明します。

受療者氏名

住 所

月	通院日数	月	通院日数
4月		10月	
5月		11月	
6月		12月	
7月		1月	
8月		2月	
9月		3月	

年 月 日

医療機関等の所在地

名 称

院長名

印

<注意事項>

この証明書は、精神障害者交通費（通院）助成の申請の際に必要なものです。