

# 通院報告書

令和 年 月 日

(宛先) 高 浜 市 長

助成対象者 住 所

氏 名

印

次のとおり通院しているので、報告します。

病 名	
通 院 回 数	週 回通院中である。
通 院 期 間	年 月～

以上のとおり、通院していることを証明します。

令和 年 月 日

所 在 地

医療機関等 名 称

医師等氏名

印

※ 週 1 回または 2 回通院される場合は、申請のあった月から当該年度の 3 月までの月数に応じて 1 月あたり 2 枚追加交付されます。（新規の場合は 1 月あたり 4 枚交付されます。）

※ 週 3 回以上通院される場合は、申請のあった月から当該年度の 3 月までの月数に応じて 1 月あたり 6 枚追加交付されます。（新規の場合は 1 月あたり 8 枚交付されます。）