（要領様式２）　［通院のため自動車の燃料費助成を受ける場合］

通 院 証 明 書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 治療を担当した医師が記入するところ | 通院して治療を受けている者 | 住　　所 |  |
| 氏　　名 |  |
| 通院を必要とする理由 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 通院を必要とする原因 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 治療開始年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 最近３月間の通院治療の状況又は今後３月間の通院治療の見込 |
| 通院理由記入欄 | 開　始 | 通院した（を要する）日を記入する（月／日） |
|  | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |
|  | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |
|  | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |
|  | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |
| 合計 | 　　　　　　　日 |
| 通院終了見込年月日※ 必ず記入してください｡ | 　　年　　月　　日 |
| 備　 考　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 上記のとおり相違ありません。　　年　　月　　日医療機関所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　（印） |

　○　２以上の医療機関に通院治療している場合は、医療機関毎に通院証明書が必要です。

　○　最近３月間の通院治療の状況又は見込については、通院理由が複数ある場合は、それぞれ理由毎に通院開始年月日と通院日を記入してください。