

島前以外の医療機関受診に関する交通費助成申請 通院確認書

下記の者について、島前以外の医療機関受診に関する交通費助成実施要綱に示す理由により、通院したことを証明します。

《通院者本人》

氏名	
生年月日	
住所	
連絡先	

《付添人》

氏名	
生年月日	
住所	
連絡先	

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

知夫村長様

年 月 日

医療機関名

担当部署

（連絡先）

医師氏名

印