通　院　証　明　書

〔岩国市障害者福祉タクシー利用券申請用〕

住　　所：岩国市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日：大正・昭和／平成・令和　＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

上記の方が、人工透析を一週間当たり、

＿＿＿＿回受けていることを証明します。

令和　　年　　月　　日

医療機関名称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当医師氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（医療機関の方へ）

この証明書は、岩国市障害者福祉タクシー利用券を追加交付する時に通院の確認をするためのものです。ご協力をお願いします。

岩国市障害者支援課障害者福祉班