

# 通 院 証 明 書

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

疾患名および症状 \_\_\_\_\_

上記により、 年 月 日から通院、加療中であるが、  
今後も引き続き 月 回以上の通院治療が必要である。

年 月 日

医療機関住所 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

担当医師名 \_\_\_\_\_

印

- ※ 医療機関が作成する診断書では必要事項が記入されない場合がありますので、減免申請については、この様式を使用してください。
- ※ 通院とは、病院および診療所への通院をいいます。接骨院、歯医者、鍼灸院、リハビリ施設、介護施設等は該当しません。
- ※ 証明書については、証明日から3か月が証明有効期間です。

**注意(障害者減免制度では、月1回以上の通院が減免の対象になります。)**

(2019 年4月以降の減免申請用)