通　院　証　明　書

住所　船橋市

氏名

上記の者は、令和　　年　　月　　日より令和　　年　　月　　日まで、

　　　　回、治療のため当院へ通院したことを証明します。

通院日は、下記のとおりです。

（通院日を記載して下さい。）

記入例　５／５　５月５日

　　／　　　／　　　／　　　／　　　／　　　／　　　／　　　／　　　／

　　／　　　／　　　／　　　／　　　／　　　／　　　／　　　／　　　／

　　／　　　／　　　／　　　／　　　／　　　／　　　／　　　／　　　／

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　医療機関名及び印

船橋市福祉事務所長　あて

以下、生活支援課記入欄

交通機関

１．（　　　　電車　　　　バス）　　　　　　～　　　　　　　（　　　　　　　円）

２．（　　　　電車　　　　バス）　　　　　　～　　　　　　　（　　　　　　　円）

３．（　　　　電車　　　　バス）　　　　　　～　　　　　　　（　　　　　　　円）

４．（　　　　電車　　　　バス）　　　　　　～　　　　　　　（　　　　　　　円）

５．（　　　　電車　　　　バス）　　　　　　～　　　　　　　（　　　　　　　円）

合計　　片道　　　　　円　×２（往復）　×　　　　回　＝　　　　　　　　　円

　この証明書は、通院回数及び通院日を確認するためですので、事務員の方が記載して

いただいて結構です。