

通院確認書

患 者	住 所	秦野市		
	氏 名	様	性別	男・女
	生年月日	大・昭・平・令	年	月 日 生

上記の者は、令和 年 月 日より週3日以上の透析治療に通っています。

令和 年 月 日

所 在 地 _____

医療機関名 _____

氏 名 _____ 印

※ この証明書は、秦野市在住でじん臓機能障害2級以上の身体障害者手帳を所持されている方が年間72枚（自動車税が減免されている方は36枚）の福祉タクシー券の交付を受けるために必要です。