

様式第2号（第4条関係）

上野原市人工透析患者通院交通費助成事業通院証明書

対 象 者 氏 名	
対 象 者 住 所	
透 析 開 始 年 月 日	
透 析 を 必 要 と す る 回 数	月 ・ 週 回
透 析 時 間 帯	
特 記 事 項	

上記のとおり、血液透析を受けるため通院する必要があることを証明します。

年 月 日

医 療 機 関 名
所 在 地
医 師 名

印