

入院・通院確認書

【お願い】 本補助制度は、当NPOを支援くださる皆様からのご寄付から成り立っており、遠方治療をせざる得ない患児家族を支援するためのものです。 よって、文書料につきましては免除くださいますようお願い申し上げます。

患者氏名：

下記の通り、入院・通院していたことを確認しました。

記入日： 年 月 日

医療機関名：

医師署名：



	通院日または入院期間
第1回	年 月 日 ~ 年 月 日
第2回	年 月 日 ~ 年 月 日
第3回	年 月 日 ~ 年 月 日
第4回	年 月 日 ~ 年 月 日
第5回	年 月 日 ~ 年 月 日
第6回	年 月 日 ~ 年 月 日
第7回	年 月 日 ~ 年 月 日
第8回	年 月 日 ~ 年 月 日

	通院日または入院期間
第9回	年 月 日 ~ 年 月 日
第10回	年 月 日 ~ 年 月 日
第11回	年 月 日 ~ 年 月 日
第12回	年 月 日 ~ 年 月 日
第13回	年 月 日 ~ 年 月 日
第14回	年 月 日 ~ 年 月 日
第15回	年 月 日 ~ 年 月 日
第16回	年 月 日 ~ 年 月 日

<事務局記入欄>

受付番号：

受付日：

距離区分：

支払日：

支払い金額：



