

診 療 証 明 書

1 患 者 名	
2 疾 病 名	
3 診 療 年 月	
4 診 療 日 数	
5 医療費等の総額	
6 自 己 負 担 額	

上記のとおり小児慢性特定疾病医療支援を行ったことを証明する。

年 月 日

(指定医療機関)

所 在 地
名 称
代表者氏名

印

鳥取市長 様

(備考)

医療受給者証の適応を用いず行った小児慢性特定疾病医療支援について記載してください。