

## 加賀市福祉タクシー通院証明書

住 所  
氏 名  
生年月日 T S H R 年 月 日

病 名 \_\_\_\_\_

上記の者は、当院に上記病名により下記実績のとおり、**月4回以上の通院加療中**であり、今後も長期にわたって、**月4回以上の通院を要する**ことを証明します。

通院実績（直近3か月分）

年	月	回	年	月	回	年	月	回

その他特記事項

令和 年 月 日

医療機関名

医 師 名

⑩