様式２

証　明　書

取扱注意

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　　昭・平　　年　　月　　日

傷病名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

治療期間（被害発生日から65日までの期間についてご記入ください。）

① 初診日　令和　　年　　月　　日　　被害発生日　令和　　年　　月　　日

② 通院治療

自　令和　　年　　月　　日　～　至　令和　　年　　月　　日

実通院日数　　日間　　治癒・継続・中止（該当するものに○印）

③ 入院治療

自　令和　　年　　月　　日　～　至　令和　　年　　月　　日

入院治療日数　　日間　　治癒・退院後通院・入院継続（該当するものに○印）

◎ 通院の場合は必ず通院日に○印をつけてください。（通院日数が10日以上の場合提出）

◎ 入院の場合は必ず入院日に△印をつけてください。（入院の場合必ず提出）

月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

上記のとおり証明いたします

令和　　年　　月　　日

所　在　地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電 話 番 号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

病 院 等 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師等氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

○ 証明書は「実通院日数10日以上・入院1日以上」の場合必要です。

○ 証明書は災害報告書に添付して出してください。

○ 証明書発行の経費は一律2,000円を広島市PTA協議会が負担します。

本書は見舞金審査会のみ使用致します。それ以外には一切使用致しません。
個人情報の漏洩防止のために，適切な措置を講じております。