

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 治療・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 治療・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。