

様式第3号（第6条関係）

通院証明書

光市長様

年 月 日

申請者

住所

氏名

光市心身障害者（児）福祉タクシー助成要綱第6条第2項の規定により、同要綱第5条の申請に使用するため、下記事項について証明くださるようお願いいたします。

記

・人工透析のため、週 _____ 回定期通院中です。

年 月 日

証明者

病院名

タクシー券番号			
---------	--	--	--