

医療機関のかたへ

この用紙は、障害のあるかたが、福祉タクシー利用券の追加交付を申請するために必要です。

今後、盆や年末年始休み等にかかわらず、必ず週2回以上の定期的な通院が長期にわたって必要であると診断した場合にのみ証明してください。(例)人工透析等

通院報告書

報告書作成日

年 月 日

(宛先) 西尾市長

次のとおり通院しているので、報告します。

助成対象者	氏名	対象者氏名を記入
	住所	対象者住所を記入
病名	通院治療を必要とする病名を記入	
通院先	通院先医療機関名を記入	
通院頻度	通院を必要とする回数を週単位で記入 回/週	
通院期間	長期通院が見込まれる開始月を記入 「平成〇〇年〇〇月から」	
医療機関の証明	上記のとおり、通院していることを証明します。 年 月 日 ← 報告書作成日 医療機関名称 所在地 医師等氏名 医療機関名称、医療機関所在地、医師等氏名を記入し医師押印 印	

必ず毎週2回以上通院の必要がある場合にのみ記入してください。

※通院頻度は週2回以上が条件です。