

様式第4号（第8条関係）

年 月 日

（宛先）南アルプス市長

（主治医）所在地

医療機関名

氏 名

電話番号

南アルプス市在宅血液透析実施証明書

次のとおり、助成対象期間中に当院の指導及び管理の下に在宅血液透析治療を行ったことを証明します。

| | | | | |
|----------------|-----------------|-------|-------|------|
| 助成決定者 | 住 所 | | | |
| | 氏 名 | | | |
| | 生 年 月 日 | 年 月 日 | | |
| 助成対象期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | | | |
| 在宅血液透析 実施回数 | 4月 回 | 7月 回 | 10月 回 | 1月 回 |
| | 5月 回 | 8月 回 | 11月 回 | 2月 回 |
| | 6月 回 | 9月 回 | 12月 回 | 3月 回 |
| 備 考 | | | | |