

指定おむつ使用証明書

中央区長

患者氏名 _____

住 所 中央区 _____

入院日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記の者、当病院指定のおむつを使用していることを証明する。
(なお、当病院では病院指定のおむつ以外は使用していません。)

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

所在地

病院名

印

※ 当病院は介護保険施設（介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設）に該当しません。

※以下は記入しないでください。

番 号	認定番号	助成開始年月	受付