

指定おむつ使用証明書

（宛先）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。）

年 月 日

所在地

病院名

問合せ先（担当者名）

（電話番号）

※ 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。

※ 本証明書の内容について、病院等に無断で作成又は改変を行ったときは、刑法上の罪に問われる場合があります。

※ 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