

様式第2号（第3条関係）

おむつ使用証明書		
患者	住所	
	氏名	殿
傷病名		
<p>上記の者は、当初の傷病により、現に治療を継続中でありこのためおむつの使用が必要であることを証明する。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>医療機関名</p> <p>所在地</p> <p>医師氏名 ㊟</p> <p>(注) 証明書は、当該患者に対して頭書の傷病により、継続して治療を行っている医師が記載すること</p>		

この証明書は、おむつの給付を受けるために必要です。この証明書に記載された事項は、給付事業以外の目的には使用いたしません。