第２号様式（第５条様式）

精神障害に関する証明願

 　　　　　　　年　　　月　　　日

　 医療機関等　 　様

住　所

氏　名

電　話

　 精神障害者医療費の助成に係る申請に必要なため、下記のとおり証明願います。

|  |
| --- |
| 精　神　障　害　に　関　す　る　証　明　書 |
| 氏　　　　　　　名 |  |
| 生　 年 　月 　日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 精神障害に関する傷病名（記号等） |  |
| 上 記 の 傷 病 に よ る当 医 療 機 関 で の 初 診 日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 上記のとおり、相違ないことを証明します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 所在地　　　　　　　名　称代表者氏名　　　　　　　　　　印　　　　　　　　　　　　　　 |