

様式第2号(第2条関係)

特定疾患（指定難病）治療状況証明書

対 象 者	氏 名			
	住 所			
	生 年 月 日	年 月 日	年 齢	歳
指 定 難 病 名				
治 療 期 間		年 月 日 ～ 年 月 日 現在治療中 うち証明日から過去1年間の入院期間 年 月 日 ～ 年 月 日 年 月 日 ～ 年 月 日 年 月 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

医療機関 所在地

名 称

氏 名

