

高齢者紙おむつ支給申請者入院証明書

目黒区長 へ

住 所

フリガナ

氏 名

入院予定期間

年 月 日 から

年 月 日 まで

上記の者について、当病院に入院していることを証明します。
また、入院している病室は、介護保険適用病室ではないことを
あわせて証明いたします。
なお、当病院は紙おむつの持ち込みをすることができます。

証明日 年 月 日
所在地

病院名 ①