

おむつ指定証明書  
(高齢者おむつ代支給申請者用)

目黒区長 へ

下記の者は、当病院に入院しており、病院指定のおむつを使用したことを証明します。  
(なお、当病院では、病院指定のおむつ以外使用することは、一切できません。)

記

1 おむつ使用者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

2 指定先 \_\_\_\_\_

以 上

証明日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

所在地  
病院名 \_\_\_\_\_ ㊞

支払先の領収書のおむつ代の表示が明確になっていない場合は、下記の欄を使用し、支払先の証明をもらってください。

使用月・金額

_____ 月分	_____ 円
_____ 月分	_____ 円
_____ 月分	_____ 円
_____ 月分	_____ 円
_____ 月分	_____ 円
_____ 月分	_____ 円

支払い先名称 \_\_\_\_\_ ㊞