

様式第1号（第3条、第6条関係）

指定難病治療状況証明書

受 給 者	氏 名		性 別	
	住 所	南 越 前 町		
	生 年 月 日		年 齢	歳
病 名				
治 療 期 間		年 月 日 から 年 月 日 現在治療中		

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

南越前町長 殿

所在地
医療機関名 名 称
氏 名

印