

おむつ指定証明書

目黒区長 宛て

1 おむつ使用者

住所 _____

氏名 _____

2 指定先 _____

上記の者は、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。)

証明日 令和 年 月 日

所在地 _____

病院名 _____

入院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。

様のおむつ代として、次のとおり受け取ったことを証明する。

おむつ使用月	金 額
月分	円
月分	円
月分	円

証明日 令和 年 月 日

所在地 _____

病院名 _____