

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