退院証明書（特別障害者手当用）

患　者　氏　名 住　所 生　年　月　日	（男・女） 年　月　日
入院年月日及び 退　院　年　月　日	年　月　日 年　月　日
入院に係る傷病名	
障害の状況（入院前との要介護量）の変化	変化なし・悪化した（　　）
備　考	

上記のとおり証明します。

年　月　日

医療機関（施設）名称

住　所

電　話　番　号

主　治　医　氏　名　印

※　この証明書は特別障害者手当の再認定のために提出するためのものです。
※　障害の状況（介護量）が入院前と比較して軽快した場合は、この証明書ではなく、所定の診断書が必要です。