

和歌山県小児がん患者家族等宿泊費支援事業補助金入院証明書

年 月 日

和歌山県知事 様

(医療機関) 所在地  
名 称  
(担 当 者) 所 属  
氏 名  
連絡先

和歌山県小児がん患者家族等宿泊費支援事業補助金交付要綱第2の小児がん患者等が、がんの治療に伴い、下記のとおり入院したことを証明します。

記

1 対象患者（入院した日において18歳未満の者）

氏 名	(生年月日 年 月 日 ( 歳))
住 所	
疾 病 名	
治療内容 (該当するものに○)	・手術 ・薬物療法 ・放射線治療 ・その他 ( )

2 入院期間

入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	年 月 日 ~ 年 月 日
	年 月 日 ~ 年 月 日
	年 月 日 ~ 年 月 日
	年 月 日 ~ 年 月 日