別記第２号様式（第５関係）

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 |