

おむつ、紙おむつ使用に関する証明書

被保護者住所

-----

被保護者氏名

-----

生 年 月 日

-----

病 名 等

-----

-----

-----

上記により常時失禁状態にあるため、令和 年 月 日からおむつの使用を要すると認めます。

令和 年 月 日

(宛先) 秋田市福祉事務所長

医療機関名

医 師

※ご注意

この証明は、指定医療機関医療担当規程（昭和25年8月23日 厚生省告示第222号）第7条の規定により、無償でお願いいたします。