

志木市難病患者入院申立現認書

入院者	氏名			
	住所	志木市	男・女	
	生年月日	大・昭・平・令	年	月
病名	日生（ 歳）			
入院期間	年 月 日から		年 月 日まで	
医療機関名				

※申請者記入欄

上記のとおり対象疾患治療のため入院したことを申し立てます。

年 月 日

住所

申立人 氏名

印

入院者との続柄

※医療機関記入欄

上記申し立てのとおり対象疾患治療のため、入院したことを認めます。

年 月 日

住所

確認者 氏名

印

入院者との関係 主治医 ・ 医療事務

その他（ ）