

入院・現物支給用

*この証明書で現金請求はできません。

証 明 書

年 月 日

墨 田 区 長 様

(医療機関)

所在地

名 称

印

電 話

下記の者は、入院中であり、おむつを使用していることを証明します。

また、当入院病床（病棟）は、介護療養型施設ではありません。

なお、当病院は紙おむつの持ち込みをすることができます。

記

お む つ 使 用 者

住 所

氏 名

要介護3以上の場合は、不要です。