

離島地域子ども通院費等支援事業に係る証明書

住 所 _____

対象児氏名 _____

年 月 日生 (才)

上記の者は、以下の理由により、島外において治療等を受ける必要があることを証明する。

○疾病名【 】

○島外において治療等を受ける必要がある理由

- 1 専門医が不在
- 2 診療科が未設置
- 3 その他 ()

※ 該当する理由の番号を丸印で囲んでください。

※ 3「その他」の場合は、島外で治療を受ける必要がある理由を記載してください。

○通院等を要する期間について

【令和 年 月 ~ 令和 年 月】

※ 終了時期が未定の場合は、開始時期のみ記載してください。

※ 上記の記載された期間における通院等が助成の対象となります。

年 月 日

住 所 _____

医療機関等名 _____

医 師 名 _____

※署名または記名押印

裏面の注意事項についてもご確認ください。

【証明書発行の際の注意事項について】

1. 原則、種子島島内の医療機関等で発行してください。特別な事情により島内医療機関等での発行が困難な場合は、事前に中種子町役場地域福祉課こども未来係へご相談ください。
2. 次に記載する通院等は助成の対象外となりますので、ご注意ください。
 - ・保険適用外の歯科矯正治療にかかるもの。
 - ・整骨院等における施術や、検診にかかるもの。
3. 同一疾病により複数回通院等をする場合は、年度1回の発行で構いません。
※異なる疾病により通院等を要する場合は、再度、証明書の発行が必要です。