

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【 _____ 】

- 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。

年 月 日

住 所 _____

医療機関等名 _____

医 師 名 _____

※署名または記名押印