（別添１）

|  |
| --- |
| 南種子町子ども通院費等支援事業に係る証明書  住　　　所　　　南種子町  対象児氏名  生年月日　　　　　　　　　年　　　月　　　日生（　　　　　歳）  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。    **※　歯科矯正治療については下記のどちらかを〇で囲んでください。**  　　　　　・審美目的である　　　　　　・審美目的でない  　　年　　月　　日  住　　　所  医療機関等名  医　師　名    ※署名または記名押印 |