（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 |