南種子町子ども通院費等支援事業に係る証明書

住　　　所　　熊毛郡南種子町

対象児氏名

　　　　　　　平成・令和　　　　　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。

令和　　　年　　　月　　　日

住所

医療機関等名

医師名

　　　　　　　※署名または記名押印