離島地域子ども通院費等支援事業

に係る証明書

龍郷町子ども通院費等助成事業

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　　　　 　　 ㊞