

## 島外で医療を受ける必要があることの証明書

【保護者記入欄】

対象児氏名 \_\_\_\_\_

年 月 日生 (  男 ・  女 )

住 所 鹿児島県大島郡和泊町大字 \_\_\_\_\_

【医師記入欄】

1 傷 病 名

\_\_\_\_\_

2 傷病に対する意見

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

上記の者が、島内の医療機関において治療等ができない為、島外で医療を受ける必要があることを証明する。

年 月 日

住 所

医 療 機 関 名

医 師 名

印

※ 本事業は、離島における医療受診の経済的負担の軽減及び子どもの成長を育むことを目的としております。