第２号様式（第５条関係）

|  |
| --- |
| 島外で医療等を受ける必要があることの証明書  住所　鹿児島県熊毛郡屋久島町  氏名  生年月日　　　　　　年　　　　月　　　日生　（　男　・　女　）  ※対象となる子どもの氏名等を申請者が記入してください。 |
| １　傷病名    ２　傷病に対する意見                    上記の者が、島外で医療等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  医師等名 |

※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。