

## 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