第３号様式（第６条関係）

|  |
| --- |
| 島外で医療等を受けたことの証明書  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　治療等の内容　（ 治療 ・ 手術 ・ 経過観察 ・ リハビリ ）          ３、今後の治療等　　継続的に（ 治療 ・ 経過観察 ・ リハビリ ）が必要  　　　　　　　　　　治療終了（島内医療機関にて経過観察,リハビリ等が可能）  ４、治療の頻度　（年：　　回程度）　　（月：　　回程度）  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。