

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