



第2号様式（第5条関係）

天城町子ども通院費等支援事業に係る証明書

住所	天城町		
対象児名		生年月日	年 月 日生（ 才）

※ 徳之島島内（又は島外）医療機関記入欄

上記の者は、以下の理由により島外において治療等を受ける必要があることを証明する。

疾病名【 】

理由：1 専門医が不在
2 診療科が未設置
3 その他（ ）
年 月 日

医療機関等名

管理者又は医師名

印

※ 島外医療機関記入欄

疾 病 名		
今回の治療等について	入・通院期間	年 月 日から 年 月 日
	診察内容 意見等	
等 今 につ 後の いて 治療	再診・治療継続の 必要性の有無	無（島内の医療機関等で治療・経過観察可能） 有（ カ月後 ）
	上記のとおり、証明します。 年 月 日 医療機関名 管理者又は医師氏名 印	