

証明書（奄美市子ども通院費支援事業用）

対象児氏名.....（.....才）.....

住所.....

上記の者は（病名）.....のため、以下の理由により
.....病院にて治療が必要と認めます。

- 1 専門医が不在
- 2 診療科が未設置
- 3 その他（.....）

※該当する理由の番号に丸印をお願いします。

なお、3「その他」の場合は、島外で治療を受ける必要がある理由をご記入ください。

令和.....年.....月.....日

病院名

医師名

㊟

奄美市長 殿

※この証明書は奄美市子ども通院費支援事業の認定の際に用いるものです。