

別添2 (第5条関係)

島外で（医療（療育）を受けた）ことの証明書

住所 鹿児島県大島郡知名町大字 _____番地

氏名 _____

年 月 日生（男・女）

※対象者の氏名等を申請者が記入して下さい。

1. 病傷名 _____

2. 治療等内容 _____

3. 今後の治療等 治療等の継続の有無（有・無）

4. 治療等の頻度（年： 回程度）（月： 回程度）

上記の者が、医療（療育）を受けたことを証明する。

年 月 日

住 所

医療機関等名

医師等名

印