

島外で治療を受ける必要があることの証明書

住 所 鹿児島県大島郡喜界町 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

※対象者の氏名等を申請者が記入してください。

1.疾患名 \_\_\_\_\_

2.疾患に対する意見（必要な治療等）

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

※診断日もご記入ください。

喜界町長 殿

上記の者が、島外で医療を受ける必要があることを証明します。

年 月 日

住 所

医療機関名

医 師 名

⑩

※年度が変わった場合は、改めて提出が必要になります。