

## 島前以外の医療機関受診に関する交通費助成 医師証明書

下記の者は、悪性新生物または人工透析治療患者当院において継続した通院が必要であることを証明します。なお、継続通院の理由と付き添いの必要性について、下記のとおり申し添えます。

### 《通院者本人》

氏名		(該当区分に☑)
生年月日		<input type="checkbox"/> 悪性新生物の診断またはその疑いがあると医師が判断した者
住所		<input type="checkbox"/> 悪性新生物の治癒後、1年以上に渡って継続した検査や経過観察を医師に指示されている者
連絡先		<input type="checkbox"/> 人工透析治療が必要な者

### 《付添人》 ※以下の理由で必要な場合のみ記入

氏名		(以下の理由が該当する場合は☑)
生年月日		<input type="checkbox"/> 要介護状態または現在の病状により、ADL(日常生活動作)の低下を認め、通院に介助を要する
住所		
連絡先		

### 《通院が必要な理由》

--

知夫村長様

年 月 日

医療機関名

担当部署

(連絡先)

医師氏名

印