

離島地域子ども通院費等支援事業

三島村子ども通院費等助成事業 に係る証明書

住 所 鹿児島郡三島村対象児氏名

年 月 日生（ 才）

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【 】

- 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を丸印で囲んでください。

※ 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記載してください。

年 月 日

住 所 医療機関等名 医 師 名 ⑩

令和7年8月1日

医療機関 各位

三島村長 大山 辰夫
(公印省略)

三島村子ども通院費等助成事業に係る診断証明書発行のご協力について（依頼）

拝啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

日頃より本村の医療行政にご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、三島村では令和7年8月1日より、「子ども通院費等助成事業」を施行することとなりました。これは、島内で必要な医療を受けることができず島外の医療機関を受診する児童およびその保護者に対し、交通費・宿泊費・文書料の一部を助成する制度であり、経済的負担の軽減を目的としております。

本制度においては、「島外での医療等の受診が必要である」ことを確認するため、医師による診断証明書（様式指定あり）の提出を申請要件としております。つきましては、該当する患者・保護者からの依頼があった際には、所定の様式により診断証明書を発行いただきますよう、格別のご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

なお、診断証明書の発行に要する文書料については、制度により全額助成の対象となっており、保護者が申請時に領収書を添えて申請することとなっております。

今後とも、本村の医療行政の推進にご支援を賜りますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

敬具