記 載 例

様式第２号（第６条関係）

松阪市医療的ケア児通院等交通費助成　**通院証明書**

この通院証明書は、松阪市医療的ケア児通院等交通費助成制度において、助成を受ける際に必要となるものです。
お問合せは、松阪市障がい福祉課（0598-53-4188,4079）までお願いします。

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

対象児童について、下記のとおり通院した

対象児童	住　所			
	氏　名		生年月日	平成・令和　　.　　.
医療的ケアの内容	☑ 人工呼吸器による呼吸管理	☐ 気管切開の管理	☐ 喀痰吸引	
	☐ 鼻咽頭エアウェイの管理	☑ 酸素療法	☐ ネブライザーの管理	
	☐ 経管栄養	☐ 中心静脈カテ		
	☐ 血糖測定	☐ 継続的な透析		
	☐ 排便管理	☐ 痙攣時の処置		

証明書に記載いただく「通院月」において、必要であった医療的ケアにチェック✓をお願いします。

通院された月を記入してください

通院月	通院日※	通院回数
10 月	5、10、20～24 日	3 回
11 月	5、14 日	2 回
12 月	1、10、20 日	3 回
1 月	10 日	1 回
2 月	10、24 日	2 回
3 月	5、10、20～23 日	3 回
月	日	回
月	日	回
月	日	回
月	日	回
月	日	回
月	日	回
合　計		5 回

通院日を記入してください。
入院の場合は、入院期間を〇～〇日と記入してください。

※ 入院の場合は、入院期間を〇～〇日と記入のうえ、通院回数は１回とカウントしてください。

合計通院回数を記入してください

令和　　年　　月　　日

所在地

名　称

医師氏名　　㊞