

松阪市医療的ケア児通院等交通費助成 通院証明書

様

対象児童について、下記のとおり通院したことを証明します。

対象児童	住所			
	氏名		生年月日	平成・令和 . .
医療的ケアの内容	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器による呼吸管理	<input type="checkbox"/> 気管切開の管理	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引	
	<input type="checkbox"/> 鼻咽頭エアウェイの管理	<input type="checkbox"/> 酸素療法	<input type="checkbox"/> ネブライザーの管理	
	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 中心静脈カテーテルの管理	<input type="checkbox"/> 皮下注射	
	<input type="checkbox"/> 血糖測定	<input type="checkbox"/> 継続的な透析	<input type="checkbox"/> 導尿	
	<input type="checkbox"/> 排便管理	<input type="checkbox"/> 痙攣時の処置		
通院月	通院日*		通院回数	
月	日		回	
月	日		回	
月	日		回	
月	日		回	
月	日		回	
月	日		回	
月	日		回	
月	日		回	
月	日		回	
月	日		回	
月	日		回	
合	計		回	

※ 入院の場合は、入院期間を○～○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。

※ 対象の施設は、市外又は自宅から 16 km 以上遠隔地にある施設等に限りです。

令和 年 月 日

所在地

名称

医師氏名

印