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**

　　　　　　　　　　　　　　　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 | | □ 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 | | □ 中心静脈カテーテルの管理 | | | □ 皮下注射 | |
| □ 血糖測定 | | □ 継続的な透析 | | | □ 導尿 | |
| □ 排便管理 | | □ 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 |
| 月 | | | 日 | | | | | 回 |
| 合　　　　　　　　計 | | | | | | | | 回 |

※ 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。

※ 対象の施設は、市外又は自宅から16㎞以上遠隔地にある施設等に限ります。

　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞