

島外の医療施設における治療等の必要性に係る意見書

市町村長 殿

申請者記載欄

1 患者情報

フリガナ		性別	男・女	生年月日	明・大・昭・平・令
氏名					年
住所	〒	-	連絡先電話番号	自宅	
				携帯	

(住所については、マンション名、号室等まで記載願います。)

医師等記載欄

2 上記患者の疾病等名称

(該当する項目にチェック☑をつけてください。)

 自立支援等福祉制度利用者 生活保護受給者 その他

疾病等名称

3 島外の医療施設における治療等の必要性について (HPV又は生殖補助医療の場合は記載不要。)

(該当する項目にチェック☑をつけてください。複数選択可。)

 専門的な診断・治療等を必要とするため 特殊な検査等を必要とするため その他 ()

4 付添人の同行について (患者等が未成年者、要介護者、要支援者の場合は記載不要)

(付添人の同行が必要な場合はチェック☑をつけてください。)

 付添人が必要

※ 付添人の同行が必要な理由を簡潔に記載してください。
※ 付添人に対する助成の認定については、記載された内容に基づき市町村担当者が判断します。助成が認められないこともありますので、予めご注意ください。
※ 助成の認定に当たっては、患者の通院時における歩行又は生活の介助や支援の必要性を基準として判断します。

年 月 日

医療施設所在地

医療施設名称

診療科目

医師名

印

関係者のみなさまへ ～「沖縄県離島患者等通院費支援事業」の目的～

お住まいの離島から島外医療施設への通院を必要とされているがん、難病等の患者、妊産婦及びその付添人の方に対し、通院に要する経費を助成することで、離島患者等の経済的負担を軽減し、適切な医療を受ける機会を確保することが、「沖縄県離島患者等通院費支援事業」の目的です。事業の目的にご理解いただき、本意見書の記載にご協力くださいますようお願いいたします。