

島外の医療施設における治療等の必要性に係る意見書

石垣市長様

申請者記載欄

1 患者情報

フリガナ		性別	男・女	生年 月日	大・昭・平		
氏名					年	月	日
住所	〒907- 石垣市		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。)

- がん治療 小児慢性特定疾病 指定難病又は特定疾病 妊産婦健診 出産

疾 病 等 名 称	
-----------	--

3 対応が困難な離島

- 上記患者が居住している離島（石垣島）

4 島外の医療施設における治療等の必要性について

(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 ()

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 ～「沖縄県離島患者等支援事業」及び「石垣市難病患者等渡航費助成事業」の目的～

石垣市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、妊産婦及び小児慢性特定疾病の児童の付添人に対し、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「沖縄県離島患者等支援事業」及び「石垣市難病患者等渡航費助成事業」の目的です。事業の目的をご理解いただき、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。