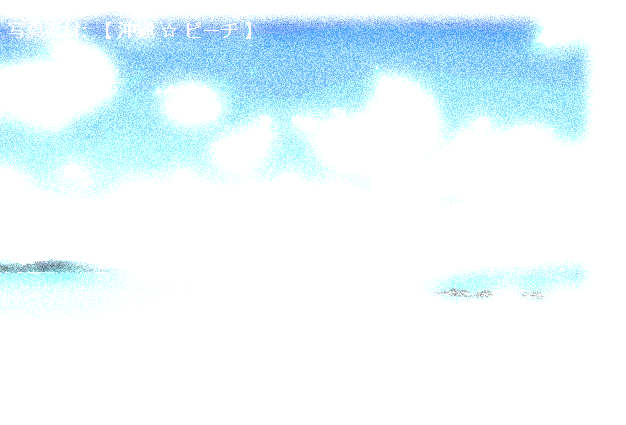
****

**石垣市離島患者等通院費助成事業のご案内**

**本市以外(島外)の医療機関への通院･治療を余儀なくされた指定難病･特定疾患患者、小児慢性特定疾病児童等、がん(悪性腫瘍、悪性新生物)患者、妊産婦(妊産婦健診、出産)、不妊治療中(生殖補助医療に限ります。)の方々の経済的負担軽減のため通院費等の一部を助成しています。**

**1.助成対象者**石垣市に住民登録があり、次のいずれかに該当する方。

**(1)指定難病患者＆特定疾患患者**

沖縄県交付の**特定医療費(指定難病)受給者証**所持者で、本市以外の医療機関での治療が必要と医師が認める方

**(2)小児慢性特定疾病**

沖縄県交付の**小児慢性特定疾病医療受給者証**所持者で、本市以外の医療機関での治療が必要と医師が認める方

**(3)がん(悪性腫瘍、悪性新生物)患者**

がん(悪性腫瘍、悪性新生物)と診断され、本市以外の医療機関へ手術･治療･検査が必要と医師が認める方

**※ただし、治療開始から「5年を限度」とします。なお、再発や転移等で治療継続が必要な場合は除きます。**

**(4)妊産婦健診・出産する方**

親子(母子)健康手帳を持つ妊産婦で、本市以外の医療機関で「A.妊産婦健診」「B.出産」の両方、または

「A.妊産婦健診」「B.出産」どちらかを必要すると医師が認める方

**(5)子宮頸がん予防接種副反応に係る治療の方**

子宮頸がん予防接種で接種後副反応疑い報告がされ、本市以外の医療機関へ治療が必要と医師が認める方

**(6)不妊治療（生殖補助医療）を受けている方**

①不妊治療(生殖補助医療)を保険診療として受診している方と、その方の法律上婚姻関係にある方

②不妊治療(生殖補助医療)を年齢制限や回数の制限により保険診療で受けることができなかった方と、その方の法律上婚姻関係にある方

**(7)付き添いのために同行する方**

(1)･(3)の対象者が介護保険法の要介護者か要支援者で医師が同行を必要と認める場合。また、「特別な理由」により同行が必要な場合は、「特別な理由」を必ず医師に記入させてください。

※石垣市が同行を必要とすると認める場合、次の方のうち1名になります。ただし、航空運賃が発生しない児の場合は、同行者1名分のみ助成となります。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ⅰ.親権者 | Ⅱ.配偶者 | Ⅲ.扶養義務者 | Ⅳ.後見人 |
| Ⅴ.補佐人 | Ⅵ.補助人 | Ⅶ.その他離島患者を現に監護する者 | |

**(8)患者等に付き添う医師**

患者等の通院(渡航)に際し、医師の付き添いが必要と認められる場合

**2.申請方法　※診療月より6か月以内の申請に限りますのでご留意ください。**

受診後６か月以内までに、必要書類を整えて健康福祉センターで申請してください(郵送等も可)。

申請書類は健康福祉センターや八重山病院･地域連携センターで受け取ることもできます。

また、石垣市ホームページからもダウンロードできます。

※石垣市健康福祉センター・受付可能時間：午前8時30分～正午、午後1時00分～午後5時15分

**3.助成金額**

(1)航空運賃

**各年度の上限額68,000円。(不妊治療を受けている方は各年度上限額136,000円)**

**※ただし、1人1往復当たり助成上限額17,000円（片道のみ申請の場合は8,500円）**

〇航空運賃17,000円に満たない場合は、実際かかった費用を助成します。なお、ホテルパック購入分も対象になりますが、マイレージやクーポンを利用して搭乗券等を購入した場合は対象外となります。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 例1 | 石垣⇔那覇(往復) | 支払額が「24,000円」の場合、助成額は「17,000円」になります。 |
| 石垣⇔那覇(往復) | 支払額が「16,000円」の場合、助成額は「16,000円」になります。 |
| 例2 | 石垣⇒那覇or那覇⇒石垣(片道) | 支払額が「10,000円」の場合、助成額は「8,500円」になります。 |
| 石垣⇒那覇or那覇⇒石垣(片道) | 支払額が「8,000円」の場合、助成額は「8,000円」になります。 |

(2)宿泊費（治療の都合により、宿泊が必要であると認められる場合に限ります。）

**各年度の上限額80,000円。(不妊治療を受けている方は各年度上限額160,000円)**

**※ただし、1人1泊当たり助成上限額は5,000円。なお、申請回数に制限はありません。**

〇宿泊費1泊分の上限額5,000円に満たない場合は、実際かかった費用を助成します。

|  |  |
| --- | --- |
| 例1 | 宿泊費が「1泊8,000円」の場合は、助成額「1泊5,000円」になります。 |
| 宿泊費が「1泊4,500円」の場合は、助成額「1泊4,500円」になります。 |

**4.必要書類**

(1)助成申請書(様式第1号)

(2)助成金請求書(様式第2号)

※請求額は内容によって変わりますので、記入しないでください。

(3)八重山圏域外の医療機関への治療等の必要性に係る意見書（様式第3号）

※ただし、**「八重山圏域医療機関」**か**「沖縄県内医療機関」**からの発行した意見書に限ります。

(4)委任状(※助成対象者と申請者が異なる場合のみ)

(5)医療機関発行の**「領収書」**＆**「診療明細書」**のセット(コピー)

(6)航空券の**「領収書」**＆**「搭乗券(ご搭乗案内)」または「搭乗証明書」**のセット(コピー)

※航空券の控え等は、搭乗者名、搭乗日、区間、運賃等を証明するためにも必要です。

(7)宿泊費の**「領収書」**のコピー(該当する方のみ)

(8)宿泊理由記入書(該当する方のみ)

(9)その他必要書類

※その他必要書類等、対象者によって必要書類が異なる場合があります。

症状別必要書類の記載事項について石垣市健康福祉センターまで確認をお願いします。

前述の(1)～(4)と(8)の様式は石垣市ホームページからダウンロードできます。

問合せ先

石垣市 市民保健部 健康福祉センター　離島患者通院費担当

〒907-0004　石垣市字登野城1357番地1　TEL:0980-88-0088

症状別必要書類①

|  |  |
| --- | --- |
| 【指定難病･特定疾患、小児慢性特定疾病】 | |
| （1） | 助成申請書(様式第1号) |
| （2） | 助成金請求書(様式第2号) |
| （3） | 八重山圏域外の医療機関への治療等の必要性に係る意見書(様式第3号)  ※「疾病等名称」には診断日を必ず記入してください。 |
| （4） | 委任状(助成対象者と申請者が異なる場合で、小児慢性特定疾病は除く) |
| （5） | 医療機関発行の**「領収書」**＆**「診療明細書」**のセット(コピー) |
| （6） | 航空券の**「領収書」**＆**「搭乗券(ご搭乗案内)」または「搭乗証明書」**のセット(コピー)  ※搭乗者名、搭乗日、区間、運賃等を証明･確認するためにも必要になります。 |
| （7） | 宿泊費の**「領収書」**のコピー(該当する方のみ) |
| （8） | 宿泊理由記入書(該当する方のみ)  ①受付･診療開始時間が早いため前日に渡航が必要な場合  (例：受付･診療開始時間が午前8：00～10：00頃か、空港から医療機関までの距離によります。)  ②診療･会計終了時間が遅くなり最終便に搭乗できない場合  (例：診療･会計終了時間が午後4：00～7：00頃か、空港から医療機関までの距離によります。)  ③治療や検査等で体調を崩して、飛行機への搭乗ができない場合等 |
| （9） | **特定医療費(指定難病)受給者証**(有効期限内のものに限ります。) |
| （10） | 介護保険法の要介護者か要支援者の付き添う方は、「介護保険被保険者証」のコピー |

|  |  |
| --- | --- |
| 【がん治療、子宮頸がん予防接種後副反応】 | |
| （1） | 助成申請書(様式第1号) |
| （2） | 助成金請求書(様式第2号) |
| （3） | 八重山圏域外の医療機関への治療等の必要性に係る意見書(様式第3号)  ※「疾病等名称」には診断日を必ず記入してください。再発や転移の場合、その診断日を記入してください。 |
| （4） | 委任状(助成対象者と申請者が異なる場合) |
| （5） | 医療機関発行の**「領収書」**＆**「診療明細書」**のセット(コピー) |
| （6） | 航空券の**「領収書」**＆**「搭乗券(ご搭乗案内)」または「搭乗証明書」**のセット(コピー)  ※搭乗者名、搭乗日、区間、運賃等を証明･確認するためにも必要になります。 |
| （7） | 宿泊費の**「領収書」**のコピー(該当する方のみ) |
| （8） | 宿泊理由記入書(該当する方のみ)  ①受付･診療開始時間が早いため前日に渡航が必要な場合  (例：受付･診療開始時間が午前8：00～10：00頃か、空港から医療機関までの距離によります。)  ②診療･会計終了時間が遅くなり最終便に搭乗できない場合  (例：診療･会計終了時間が午後4：00～7：00頃か、空港から医療機関までの距離によります。)  ③治療や検査等で体調を崩して、飛行機への搭乗ができない場合等 |
| （9） | 介護保険法の要介護者か要支援者の付き添う方は、「介護保険被保険者証」のコピー |

症状別必要書類②

|  |  |
| --- | --- |
| 【妊産婦健診、出産】 | |
| （1） | 助成申請書(様式第1号) |
| （2） | 助成金請求書(様式第2号) |
| （3） | 八重山圏域外の医療機関への治療等の必要性に係る意見書(様式第3号) |
| （4） | 委任状(助成対象者と申請者が異なる場合) |
| （5） | 医療機関発行の**「領収書」**＆**「診療明細書」**のセット(コピー) |
| （6） | 航空券の**「領収書」**＆**「搭乗券(ご搭乗案内)」または「搭乗証明書」**のセット(コピー)  ※搭乗者名、搭乗日、区間、運賃等を証明･確認するためにも必要になります。 |
| （7） | 宿泊費の**「領収書」**のコピー(該当する方のみ) |
| （8） | 宿泊理由記入書(該当する方のみ)  ①受付･診療開始時間が早いため前日に渡航が必要な場合  (例：受付･診療開始時間が午前8：00～10：00頃か、空港から医療機関までの距離によります。)  ②診療･会計終了時間が遅くなり最終便に搭乗できない場合  (例：診療･会計終了時間が午後4：00～7：00頃か、空港から医療機関までの距離によります。)  ③治療や検査等で体調を崩して、飛行機への搭乗ができない場合等 |
| （9） | 親子(母子)健康手帳のコピー |

|  |  |
| --- | --- |
| 【不妊治療のうち生殖補助医療を受けている方】 | |
| （1） | 助成申請書(様式第1号) |
| （2） | 助成金請求書(様式第2号) |
| （3） | 八重山圏域外の医療機関への治療等の必要性に係る意見書(様式第3号)  ※「疾病名称等」へは記入せず、「治療期間（不妊治療の場合のみ記載）」に記入させてください。 |
| （4） | 委任状(助成対象者と申請者が異なる場合) |
| （5） | 医療機関発行の**「領収書」**＆**「診療明細書」**のセット(コピー) |
| （6） | 航空券の**「領収書」**＆**「搭乗券(ご搭乗案内)」または「搭乗証明書」**のセット(コピー)  ※搭乗者名、搭乗日、区間、運賃等を証明･確認するためにも必要になります。 |
| （7） | 宿泊費の**「領収書」**のコピー(該当する方のみ) |
| （8） | 宿泊理由記入書(該当する方のみ)  ①受付･診療開始時間が早いため前日に渡航が必要な場合  (例：受付･診療開始時間が午前8：00～10：00頃か、空港から医療機関までの距離によります。)  ②診療･会計終了時間が遅くなり最終便に搭乗できない場合  (例：診療･会計終了時間が午後4：00～7：00頃か、空港から医療機関までの距離によります。)  ③治療や検査等で体調を崩して、飛行機への搭乗ができない場合等 |