



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

石垣市長 様

※ 太枠内へ記載願います。

【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・令
氏 名					年 月 日 満 歳
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

疾 病 等 名 称	(診断日 年 月 日)
-----------	-------------

3. 八重山圏域外の医療機関への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()

4. 付添人の同行について

(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

[]

※ 付添人の動向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、予めご留意ください。

※ 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。

(意見書発行日)	年 月 日
(八重山圏域又は沖縄県内の医療機関に限る。)	
医 療 施 設 所 在 地	
医 療 施 設 名 称	
診 療 科 目	
医 師 名	印

関係者の皆さまへ

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臓器移植に係る患者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目的です。事業目的にご理解いただき上記の疾病等に該当する場合、本意見書の記載にご協力くださいますようよろしくお願いします。