

宮古島市長 殿

フリガナ		性別	男 ・ 女	生年月日	昭 ・ 平
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、号室等まで記入願います。)

(該当する項目にチェック☑をつけてください。)

☐不妊治療 ☐妊産婦（検診・出産） ☐不育症

疾病等名称		診断日 (又は紹介日)	年	月	日
-------	--	----------------	---	---	---

治療期間	年	月	日～	年	月	日	(不妊治療の場合のみ記入)
------	---	---	----	---	---	---	---------------

(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
☐ 本市では困難な治療方法のため
☐ その他（

☐ 特殊な検査等を必要とするため
☐ 不育症の検査または治療のため

(付添人の同行が必要な場合は、「付添人が必要」と、括弧内の当てはまる項目にもチェック☑をつけてください。)

☐付添人が必要（☐後期妊産婦で歩行の介助や支援が必要 ☐その他特別な理由）

●その他特別な理由・・・1人での行動が困難な理由

医療施設所在地	年	月	日
医療施設名称			
診療科目			
医師名			印

各年度において1回目の申請時のみ意見書の提出が必要です。
ただし疾病名・付添の同行など、内容に変更がある場合は2回目以降も提出を求める場合があります。
(患者情報の変更は除く)