

宮古島市難病患者等に係る渡航費等助成申請書(悪性新生物疾患用)

宮古島市長 様

年 月 日

住 所 宮古島市

申請者名

印

(本人との続柄:)

フリガナ		性別	生年月日	
患者氏名		男 女	年 月 日	満 歳
住所	〒906- 宮古島市		連絡先	自宅 携帯

付添人氏名(付添人がいる場合記入)	続柄	付添人住所		
フリガナ		宮古島市		
氏 名				

今回申請の航路又は航空路線

年 月 日	航路名・航空会社及び便名	出発港・空港名	到着港・空港名	備考

宿泊施設の名称		宿泊期間	(泊) 月 日 ~ 月 日まで
---------	--	------	-------------------

意見書 病名 ()

宮古島市以外の専門病院での治療等の必要性について

- 放射線治療が必要なため
- 大量出血が予測される手術のため
- 定期検査のため(5年間)
- 専門的な診断・治療を必要とするため
- 本市では困難な治療方法のため

(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☑を付けて下さい。)

付添人必要 (未成年者 要介護者 要支援者 その他特別な理由※)

※「その他特別な理由」にチェック☑をつけた場合は、その内容を簡潔に記載してください。

年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

診療科

医師名

印

印

(注)この申請書は、悪性新生物疾患に罹患している方で、本市以外の医療機関での通院治療が必要と主治医が認めた方にのみ使用されるものです。

(注)添付書類:①航空券又は船舶に係る費用が分かる物の写し ②受診した医療機関の領収書等の写し ③振り込み通帳の写し ④宿泊施設の領収書

※受付窓口は、宮古島市健康増進課です。 Tel (0980) 73 - 1978