

宮古島市以外の医療施設における治療等の必要性に係る意見書

宮古島市長殿

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 年 月 日
氏名					
住所		電話番号	自宅		
			携帯		

(住所については、マンション名・号室等までご記入ください)

医師等記載欄

2. 上記患者の疾病等名称

(該当する項目等に☑をつけてください)		
☐ がん治療(ただし定期検査の場合は5年以内に限る) ☐ 小児慢性 ☐ 指定難病		
☐ 特定疾患 ☐ 難治性てんかん ☐ 未熟児		
疾病等名称		診断日 年 月 日

3. 宮古島市以外の医療施設における治療等の必要性について

(該当する項目等に☑をつけてください。複数選択可)	
☐ 専門的な診断・治療を必要とするため	☐ 特殊な検査等を必要とするため
☐ 本市では困難な治療方法のため	☐ 放射線治療のため ☐ 定期検査(開始日:)
☐ 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、「付添人が必要」と、あてはまる項目にも☑をつけてください)

☐ 付添人が必要(☐ 未成年者(18歳未満) ☐ 要介護者・要支援者(介護認定を受けている者) ☐ その他特別な理由)
その他特別な理由及び未成年者で付添が2名必要な場合は、理由を記載してください。
※ 付添人の同行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、予めご注意ください。
※ 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。

医療施設所在地	年 月 日
医療施設等名称	
診療科目	
医師名	印

～意見書の提出について～

各年度において、初回の申請時のみ意見書の提出が必要です。ただし疾病名・付添人の同行など、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)