様式第１号（第４条関係）

宮古島市特定不妊治療等に係る航空運賃助成申請書

年　　月　　日

宮古島市長　様

住　　所　宮古島市

申請者名　　㊞

(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏名	夫		生年月日	年　月　日 （満　　歳）
	妻			年　月　日 （満　　歳）
住　所	〒９０６－ 宮古島市		連絡先	自宅
				携帯

今回申請の航空路線

年月日	航空会社及び便名	出発空港名	到着空港名	備　　考

意　見　書（本市以外の医療機関での妊産婦健診及び出産を要すると医療状況により医師が認める場合のみ記入。）

診　断　名	（診断日　　年　　月　　日）

◎宮古島市以外の専門病院での治療等の必要性について（下記の当てはまる項目に☑ を付けて下さい。）

□　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

□　本市で困難な治療方法のため　　□　その他（　　）

◎付添人の必要性について（下記に当てはまる項目がある場合に☑ を付けて下さい。）

□　後期妊産婦で歩行の介助や支援が必要と判断される

□　その他（　　）

年　　月　　日

医療機関所在地

医 療 機 関 名　　印

診　　療　　科

医　　師　　名　　㊞