

与那国島外の医療施設における治療等の必要性に係る意見書

与那国町長 様

申請者記載欄

1. 患者情報

ふりがな		性 別	生 年 月 日		
患者氏名		男・女	大・昭・平・令 年 月 日 (満 歳)		
住 所	与那国町字		連絡先	自宅 携帯	

医師等記載欄

2. 上記患者の疾病等名称 (該当する項目にチェック ☒ をつけてください。治療期間は生殖補助医療の場合のみ記載。)

- ☐がん治療    ☐小児慢性特定疾病    ☐指定難病    ☐特定疾病    ☐ウィルス性肝炎    ☐透析  
☐臓器移植とその検査    ☐生殖補助医療    ☐新型コロナウイルス感染症患者  
☐子宮頸がん予防ワクチン接種後の副反応に係る治療 (HPV)    ☐抗がん剤治療等  
☐身体障害者手帳 1 級または 2 級    ☐療育手帳 A1 または A2    ☐精神障害者保健福祉手帳 1 級

疾病等名称：

治療期間：

3. 対応が困難な離島 (HPV 又は生殖補助医療の場合は記載不要。沖縄本島への通院を要する場合は、宮古島又は石垣島へもチェック ☒ 願います。)

☐ 上記患者が居住している離島は、上記疾病等への対応が困難である。( ☐ 宮古島    ☐ 石垣島 )

4. 島外の医療施設における治療等の必要性について (HPV 又は生殖補助医療の場合は記載不要。)

- ☐ 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 ( )

5. 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、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 ( ☐ 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 ☒ つけた場合は、その内容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、予めご了承ください。

※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。

年 月 日

医療施設所在地

医療施設名称

診療科目

医師名

印

関係者のみなさまへ

～「沖縄県離島患者等支援事業」及び「与那国町難病患者等渡航費助成事業」の目的～

与那国町から島外医療施設への通院を必要とされているがん、難病等の患者及び付添人に対し、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、「沖縄県離島患者等支援事業」の目的です。事業の目的にご理解いただき、本意見書の記載にご協力くださいますようお願いいたします。