様式第10号（様式第５号及び様式第６号関係）　　※太線枠内へ記載願います。

島外の医療施設における治療等の必要性に係る意見書

市町村長　殿

申請者記載欄

1　患者情報

フリガナ		性別	男 ・ 女	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年　月　日 満　歳
氏　名					
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、号室等まで記載願います。）

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。）

☐がん治療　☐小児慢性特定疾病　☐指定難病又は特定疾患　☐妊産婦健診　☐出産
☐特定不妊治療　☐子宮頸がん予防ワクチン接種後の副反応（疑いを含む。）に係る治療（HPV）

疾病等名称	

3　対応が困難な離島（HPV又は特定不妊治療の場合は記載不要。）

（多良間村、竹富町又は与那国町在住の患者が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又は特定不妊治療の場合は記載不要。）

（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　☐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☑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」の目的～

お住まいの離島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、妊産婦及びその付添人の方に対し、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よろしくお願いします。