

意見書

竹富町長様

1.申請者記載欄

ふりがな		性別	生年月日	
患者氏名		男・女	大・昭・平	年 月 日 (満 歳)
住所	〒907- 竹富町		連絡先	自宅 携帯

2.医師等記載欄

上記患者の疾病

がん治療

小児慢性特定疾病

指定難病

特定疾病

(該当する項目に○を付けて下さい。)

疾病名：

対応が困難な離島

上記患者が居住している離島(竹富町)

専門病院での治療等の必要性について

放射線療法が必要なため

専門性の高い疾患のため

大量出血が予想される手術のため

石垣市で困難な治療方法のため

定期検査のため

その他(

(該当する項目に○を付けて下さい。複数選択可)

平成 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「竹富町難病患者等渡航費助成事業」の目的

竹富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、妊産婦及び小児慢性特定疾病の児童の付添人に対し、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。