

診 断 書

申請者記載欄

|      |               |     |             |                           |
|------|---------------|-----|-------------|---------------------------|
| フリガナ |               | 性別  | 生年月日        | 大・昭・平・令<br>年 月 日<br>(満 歳) |
| 本人氏名 |               | 男・女 |             |                           |
| 本人住所 | 〒901ー<br>栗国村字 |     | 連絡先<br>電話番号 | 自宅：<br>携帯：                |

医師等記載欄

|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       |       |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|
| 傷 病 名          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 発病年月日 | 年 月 日 |
| 治 療 状 況        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       |       |
| 治療見込期間         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       |       |
| 診断書発行理由        | <div><input type="checkbox"/> 生殖補助医療（体外受精及び顕微授精）を受ける夫婦</div> <div><input type="checkbox"/> 一般不妊治療（タイミング療法及び人工授精）を受ける夫婦</div> <div><input type="checkbox"/> がん治療のため</div> <div><input type="checkbox"/> 子宮けいがん予防ワクチン接種後に多様な症状を呈している患者</div> <div><input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病児童である</div> <div><input type="checkbox"/> 指定難病患者である</div> <div><input type="checkbox"/> 特定疾患患者である</div> |       |       |
| 付添人の<br>同行について | <p>(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。)</p> <div><input type="checkbox"/> 付添人が必要    <input type="checkbox"/> 未成年者    <input type="checkbox"/> 要介護者    <input type="checkbox"/> 要支援者    <input type="checkbox"/> その他特別な理由※</div> <p>※「その他特別な理由」に✓をつけた場合は、その内容を簡潔に記載してください。<br/>なお、「その他特別な理由」の具体例としては、要介護・要支援相当の状態の場合とご判断ください。</p> <div></div>                               |       |       |

栗 国 村 長      殿

上記のとおり診断する。

年      月      日

医療機関名

医療機関所在地

電話番号

医師の氏名

印

(注1) この診断書は、栗国村外の医療機関での専門的な診療が必要な方でその治療に長期的かつ定期的な受診が必要となる場合において、診療目的で渡航する船舶運賃及び宿泊費を助成することにより経済的な負担を軽減し適切な受診ができるために活用されるものです。

(注2) 診断書が作成された後、関係職員が助成対象となるか否かについては判断することとする。

(注3) 受診する医療機関を変更する場合、診断書を新たに発行してもらう必要があります。