

# 診 断 書

ふりがな			S ・ H ・ R
本人氏名		男・女 生年月日	年 月 日
本人住所	〒905- 伊江村字		
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	<input type="checkbox"/> がん治療のため		
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防ワクチン接種後の副反応疑いに係る治療のため		
	<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病に係る治療のため		
	<input type="checkbox"/> 指定難病に係る治療のため		
	<input type="checkbox"/> 特定疾患に係る治療のため		
	<input type="checkbox"/> 重度障害者（児）で医師が認めた治療のため		
	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症に係る検査及び治療のため		

伊 江 村 長 殿

上記のとおり診断する。

令和 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、伊江村に在住する患者が、伊江村外の医療機関で専門的な受診をに長期的かつ定期的  
に受診する必要がある場合に、伊江村が離島患者等に受診目的で渡航する船舶運賃及び宿泊費を助成  
制度に申請するために必要な書類となります。

(注2) 受診する医療施設を変更する場合は、新たに診断書を提出する必要があります。