

山形県後期高齢者医療広域連合用

## 往療料申請意見書 (あはき療養費用)

患者	住所				
	氏名				
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日 ( 歳)
患者の歩行、通院、介助の状況	歩行	自立 車椅子 ( 操作 : 可・不可 )			杖等を利用 歩行不可
	通院	徒歩 タクシー 家族等の送迎 その他 ( )			公共交通機関利用 自家用車運転
	介助	無し 有り ( 家族 施設職員 その他 ( ) )			
往療を必要とする理由	(往療について、歩行、通院、介助の状況から必要性が表現できない場合に、具体的に記載してください)				

患者の状況について確認し、事実のとおり記載いたしました。

施術師 (施術師本人の自署に限る)