参考様式第４号（第９条関係）

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　　　　　　　　　　　　　　　杖等を利用  車椅子（ 操作 ： 可 ・ 不可 ）　　　歩行不可 | |
| 通院 | 徒　歩　　　　　　　　　　　　　　　公共交通機関利用　　　　　　タクシー　　　　　　　　　　　　　　自家用車運転　　　　　　　　　　家族等の送迎　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　その他　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 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）

㊞