

様式第 2 (第 5 条関係)

大口町若年がん患者在宅療養支援事業費補助金医師意見書

ふりがな		生年	年	月	日
氏名		月日			
住所					
病名					
注意事項等					

上記の者は、一般に認められている医学的知見に基づき、大口町若年がん患者在宅療養支援事業費補助金交付要綱第 2 条第 4 号に掲げる要件に該当するものと判断する。

大口町長 様

年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

医師名

※自署または
記名押印

— 大口町若年がん患者在宅療養支援事業費補助金交付要綱第 2 条第 4 号 (抜粋) —
がん患者 (医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。)

※要介護認定における特定疾病の診断基準に準ずる。