

様式第2（第5条関係）

東浦町若年がん患者在宅療養支援事業 医師による意見書

ふりがな		生年 月日	年 月 日生
氏 名			
住 所	〒 東浦町大字		
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、「末期がん」と判断します。			
東浦町長			
令和 年 月 日			
医療機関名 _____			
医師名（自署） _____			

東浦町若年がん患者在宅療養支援事業補助金交付要綱第2条第3号（抜粋）

医師に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されたがん患者であること。

※要介護認定における特定疾病の診断基準に準ずる。