

様式第2号（第5条関係）

医師の意見書（大治町若年がん患者在宅療養支援事業）

ふりがな		生年 月日	年 月 日生
氏 名			
住 所	〒		
病 名			
診 断 日	大治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号に掲げる要件に該当と診断した日 年 月 日		
注意事項等			
<p>上記の者は、一般的に認められている医学的知見に基づき、大治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号に掲げる要件に該当するものと判断します。</p> <p>（宛先）大治町長</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関住所 _____</p> <p style="text-align: center;">医療機関名 _____</p> <p style="text-align: center;">医師名（自署） _____</p>			

大治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）

がん患者（医師に一般的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者に限る。）