

様式第 2 号（第 5 条関係）

常滑市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金意見書

ふりがな		生年 月日	年 月 日
氏 名			
住 所			
病 名			
注意事項等			
<p>上記の者は、一般に認められている医学的知見に基づき、常滑市若年がん患者在宅療養支援事業補助金要綱第 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>常滑市長 様</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>医師名（自署） _____</p>			

< 常滑市若年がん患者在宅療養支援事業補助金要綱第 2 条第 3 号（抜粋） >

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がん患者