

豊中市若年がん患者在宅療養生活支援事業助成金にかかる意見書

ふりがな		生年月日	年 月 日生
氏名			
住所			
病名			
特記事項			

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、がん（介護保険法の第 2 号被保険者が要介護認定又は要支援認定を受ける状態と同等）で回復の見込みがない状態に至ったと判断できる。

（判断年月日： _____ 年 月 日）

豊中市長 あて

_____ 年 月 日

医療機関名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

医師名 _____ 印 _____

（自署の場合は押印不要）