

第2号様式

茅ヶ崎市若年がん患者在宅療養助成金認定に係る意見書

ふりがな		生年 月日	年	月	日生
助成対象者 氏名					
住所	〒 茅ヶ崎市				
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、治癒を目的とした治療を行わないがん（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）だと判断できる。

茅ヶ崎市長 あて

意見書記入日 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