

様式第2（第5条関係）

意見書

ふりがな			
氏名		生年月日	年 月 日
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、高浜市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できる。</p> <p>(宛先) 高浜市長</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名</p> <p>所在地</p> <p>電話番号</p> <p>医師名</p> <p>※医師名は自署又は記名押印（ゴム印+朱肉印）してください。</p>			

高浜市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）

がんと診断され、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医師が判断した者

※要介護認定における特定疾病の診断基準に準ずる。