

別紙

佐倉市若年がん患者在宅療養支援事業に係る意見書

|                                                                                                                                                                                                               |     |       |        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|--------|
| ふりがな                                                                                                                                                                                                          |     | 生年月日  | 年 月 日生 |
| 氏 名                                                                                                                                                                                                           |     |       |        |
| 住 所                                                                                                                                                                                                           |     |       |        |
| 病 名<br>及び<br>診断年月日                                                                                                                                                                                            | 病 名 | 診断年月日 |        |
|                                                                                                                                                                                                               |     | 年 月 日 |        |
| 特記事項                                                                                                                                                                                                          |     |       |        |
| <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、佐倉市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付規則第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>佐倉市長 宛</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>住 所 _____</p> <p>電話番号 _____</p> <p>医 師 名 _____ 印</p> <p>(自署の場合は押印不要)</p> |     |       |        |

佐倉市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付規則第2条第3号（抜粋）

医師が一般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したがん患者