

医師の意見書

ふりがな		生年 月日	年 月 日
氏 名			
住 所	大泉町		
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、大泉町若年がん患者在宅療養費補助事業交付要項に規定する若年がん患者と判断できる。</p> <p>大泉町長 様</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関住所 _____</p> <p style="text-align: center;">医療機関名 _____</p> <p style="text-align: center;">医 師 名 _____</p>			

※医師名は、署名又は記名押印をしてください。

【大泉町若年がん患者在宅療養費補助事業交付要項より、若年がん患者の要件】

- ・補助対象事業の利用時に39歳以下の人
- ・医師が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したがん患者