第２号様式（第７条関係）

意見書(長久手市若年がん患者在宅療養支援事業）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日生 |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒長久手市 |
| 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、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）と判断できる。下線部の状態であると判断した日：　　　　　年　　月　　日（宛先）長久手市長　年　　　月　　　日　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名（自署）　　　　　　　　　　　　　　　 |

※医師名は、自署又は記名押印してください。