様式第２号（第７条関係）

長洲町若年がん患者在宅療養生活支援事業にかかる意見書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 氏名 |  |
| 住所 |  | | |
| 病名 |  | | |
| 特記事項 |  | | |

上記の者は、一般的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。

（判断年月日： 　　　　　　年 　　月　　 日）

長洲町長 あて

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）