様式第２号（第４条関係）

若年がん患者在宅療養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、がん末期だと判断できる。  山陽小野田市長　宛  年　　　月　　　日  医療機関名  所　在　地  電話番号  医　師　名 | | | |

＊当該支援事業の助成を受けようとする者は、４０歳未満のがん末期患者（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ものに限る。）とします。

＊必要がある時は、お問い合わせすることがありますので御了承ください。