

相模原市若年がん患者在宅療養支援事業に係る意見書

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏 名			
住 所	〒 相模原市 区		
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、相模原市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付要綱第2条第1項に掲げる要件に該当するがん患者（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。

相模原市長あて

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）