

小児・若年がん患者在宅療養生活支援に関する医師の意見書

ふりがな		生年	年 月 日生
氏 名		月日	( 歳)
住 所			
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、清水町小児・若年がん患者在宅療養生活支援助成金交付要綱第3条第2号に掲げる要件に該当し、がんにより介護サービスを利用し得る状態であると判断する。</p> <p style="text-align: center;">清水町長 様</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名 _____</p> <p style="text-align: center;">医 師 名 _____ (※)</p> <p style="text-align: center;">(※) 氏名を自署しない場合は、押印が必要です。</p>			