

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、富士宮市若年がん患者在宅療養生活支援費助成金交付要綱第3条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できる。</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">富士宮市長 様</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">年 月 日</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">医療機関名 _____</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">医 師 名 _____</p> | | | |

参考（富士宮市若年がん患者在宅療養生活支援費助成金交付要綱）

（助成対象者）

第3条

助成の対象となる者は、本市の住民基本台帳に登録されている若年がん患者のうち、医師に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され、がんの治癒を目的とした治療を行わないものとする。