

様式第 2 号(第 5 条関係)

南丹市若年がん患者在宅療養支援事業補助金に係る意見書

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、一般に認められている医学的知見に基づき、南丹市若年がん患者在宅療養支援事業補助金交付要綱第 2 条第 3 号（※）に掲げる要件に該当するものと判断できる。

(宛先) 南丹市長

年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

医師名 印

(※自署の場合は押印不要)

(※) がんと診断され、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医師が判断した者。