

様式第2号（第7条関係）

みよし市若年がん患者在宅療養支援事業意見書

| | | | |
|---|--|------|-------|
| ふりがな | | | |
| 氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 住所 | | | |
| 病名 | | | |
| 特記事項 | | | |
| <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、みよし市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金交付要綱第4条(3)に掲げる要件に該当するものと判断できる。</p> <p>(判断年月日： 年 月 日)</p> <p>みよし市長 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（自署） _____</p> | | | |