様式第２号（第６条関係）

意見書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |   | 生年月日 | 　　　年　 　月　 　日（　　　　歳） |
| 氏名 |   |
| 住所 | 坂出市  |
| 病名 |  |
| 注意事項等 |  |
| 上記の者は，一般に認められている医学的知見に基づき，がんと診断し，坂出市若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第２条第２号に掲げる者に該当すると判断します。 坂出市長　様年　　　月　　　日（医療機関名および所在地）（電 話 番 号）（医 師 名） |

* 要介護認定の特定疾病の診断基準に準ずる。
* 支援事業の実施にあたり，必要があるときは，問合せする場合がありますのでご了承ください。