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。