

若年がん患者在宅療養支援事業に係る意見書

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏 名			
住 所	〒		
病 名			
特 記 事 項			
<p>上記の者は、一般的に認められている医学的知見に基づき、がん（介護保険法の第2号被保険者が要介護認定又は要支援認定を受ける状態と同等）と判断できる。</p>			
(判断年月日：_____年_____月_____日)			
木津川市長 宛て			
年 月 日			
<u>医療機関名</u> _____			
<u>住 所</u> _____			
<u>電話番号</u> _____			
<u>医 師 名</u> _____			印
(自署の場合は不要)			