

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 | | | |

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。

(判断年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日)

木津川市長 宛て

_____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____

住 所 _____

電 話 番 号 _____

医 師 名 _____ 印

(自署の場合は不要)