

第2号様式（第6条関係）

小児・若年がん患者在宅療養生活支援に関する医師の意見書

ふりがな		生年月日	年 月 日
対象者氏名		年齢	(歳)
住 所			
病 名			
特 記 事 項 (配慮すべき事項等)			
<p>上記の者は、沼津市小児・若年がん患者在宅療養生活費助成金支給要綱第3条に規定する要件に該当する者であり、がんにより助成の対象サービスを利用し得る状態であると判断する。</p> <p>(宛先) 沼津市長</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 _____ (印)</p>			