意見書

ふりがな		生 年 月 日	年 月 日生 (歳)
氏 名			
住 所			
病 名			
注意事項等			
<p>上記の者は、一般に認められている医学的知見に基づき、木曾岬町若年がん患者に対する在宅療養支援補助金交付要綱第2条第3号の要件に該当するものと判断できる（※）。</p> <p>木曾岬町長 様</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（自署） _____</p>			

※要介護認定の特定疾病の診断基準に準ずる。

（参考）第2条第3号 がん患者（医師が一般的に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。）