八千代市若年がん患者在宅療養費用助成に係る主治医意見書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | Ｓ・Ｈ  年　　　月　　　日 |
| 患者氏名 |  |
| 病　名 |  | | |
| 特記事項 |  | | |
| 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（一般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ことにより治癒を目的とした治療を行わず，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）だと判断できる。  八千代市長　様  年　　　月　　　日  医療機関名  住所  電話番号  医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  (自署又は認印の押印をお願いします) | | | |

八千代市若年がん患者在宅療養費用助成の決定に当たり，医療機関へ問い合わせる場合がありますので御了承ください。