

須賀川市若年がん患者在宅療養支援事業意見書

ふりがな		生年月日	年	月	日
氏名					
住所					
病名					
<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、須賀川市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金交付要綱第2条第2号に掲げる要件に該当し、がんにより介護サービスを利用し得る状態であると判断できる。</p> <p>須賀川市長</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関所在地</p> <p>医療機関名</p> <p>医師名 印</p> <p>(医師が署名又は記名押印してください。)</p>					

※本意見書の記載にかかる費用については、本人負担とします。