

様式第2号（第6条関係）

伊根町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			
<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、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。</p> <p>（判断年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日）</p> <p>伊根町長 宛て</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;">住 所 _____</p> <p style="text-align: center;">電 話 番 号 _____</p> <p style="text-align: center;">医 師 名 _____ 印</p> <p style="text-align: right;">（自署の場合は不要）</p>			