

医師の意見書

ふりがな		生年 月日	年 月 日
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、吉田町小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業実施要綱第 3 条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>吉田町長 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（署名又は記名押印） _____</p>			

参考

吉田町小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業実施要綱第 3 条（抜粋）

（対象者）

第 3 条 支援事業の対象となる者（以下「対象者」という。）は、吉田町内に住所を有する者で、がんの治癒を目的とした治療を行わない在宅で生活する 40 歳未満のがん患者（医師が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された者に限る。）とする。