

様式第 2 号（第 6 条関係）

向日市若年がん患者在宅療養助成金交付申請に係る意見書

ふりがな		生 年 月 日	年 月 日生
助成対象者氏名			
住 所	〒		
病 名			
特 記 事 項			
上記の者は、一般的に認め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。 （判断年月日： 年 月 日） （宛先）向日市長 年 月 日 医療機関名 住 所 電話番号 医 師 名 印 （自署の場合は押印不要）			