

一宮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 日生
氏 名			
住 所	〒		
病 名			
診 断 日	一宮市若年がん患者在宅療養支援事業補助金交付要綱第2条第3号に掲げる要件に該当と診断した日 年 月 日		
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、「末期がん」であると判断します。</p> <p>(あて先) 一宮市長</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 _____</p> <p style="text-align: right;">(※自署または記名押印)</p>			

一宮市若年がん患者在宅療養支援事業補助金交付要綱第2条第3号 (抜粋)

医師に一般的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がん患者であること。

※要介護認定における特定疾病の診断基準に準ずる。