

様式第2号（第6条関係）

寝屋川市若年がん患者在宅療養支援事業にかかる意見書

ふりがな		生年	年	月	日				
氏名		月日							
住所	寝屋川市								
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、がん末期で回復の見込みがない状態に至ったと判断できる（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）。</p>									
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>判断年月日：</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> </table>						判断年月日：	年	月	日
判断年月日：	年	月	日						
<p>寝屋川市長 あて</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>									
<p>医療機関名 _____</p> <p>住 所 _____</p> <p>電話番号 _____</p> <p>医 師 名 _____ 印 _____</p> <p style="text-align: right;">（自署の場合は押印不要）</p>									