

医 師 意 見 書

ふりがな		生年	年 月 日
氏 名		月日	歳
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、御前崎市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業補助金交付要綱第3条第2号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>御前崎市長 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 _____</p> <p style="text-align: center;">（医師が署名又は記名押印してください。）</p>			

参考（御前崎市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業補助金交付要綱）

（補助対象者）

第3条 補助金の対象者（以下「補助対象者」という。）は、次に掲げる要件を全て満たす者とする。

- （1）御前崎市内に住所を有する者
- （2）がんの治癒を目的とした治療を行わないがん患者（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医師に判断された者）であること。
- （3）対象サービス利用時に、40歳未満であること。