

様式第2号（第6条関係）

四万十市若年がん患者在宅療養支援事業に係る医師の意見書

ふりがな		生年 月日	年 月 日
氏名			
住所	四万十市		
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、四万十市若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第2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ったと判断できる。</p> <p>(判断年月日： _____ 年 月 日)</p> <p>四万十市長 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;">住 所 _____</p> <p style="text-align: center;">電話番号 _____</p> <p style="text-align: center;">医師氏名 _____ 印</p> <p style="text-align: right;">(自署の場合は押印不要)</p>			

参考（四万十市若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱）

（対象者）

第2条 本事業の対象者は、次の各号に掲げる全ての要件を満たす者とする。

- (1) 申請時点で四万十市に住所を有する者
- (2) がんの治癒を目的とした治療を行わないがん患者（医師に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）
- (3) 本事業の利用時の年齢が、20歳以上40歳未満の者。ただし、18歳以上20歳未満の者で、小児慢性特定疾病医療費補助を受けていない者を含む。
- (4) 申請を行うサービスに対して、他の補助金等を受けていない者