

様式第2号（第5条関係）

吉岡町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 |
| 氏    名                                                                                                                            |  |      |             |
| 住    所                                                                                                                            |  |      |             |
| 病    名                                                                                                                            |  |      |             |
| 注意事項等                                                                                                                             |  |      |             |
| <p>上記の者は、医学的知見に基づき、がんと判断できる（※）。</p> <p>吉岡町長    様</p> <p>年            月            日</p> <p>医療機関住所</p> <p>医療機関名</p> <p>医師名（自署）</p> |  |      |             |

※介護保険における特定疾病の「がん」の定義に準じる。