

様式第2号（第4条関係）

碧南市若年がん患者在宅療養費助成事業意見書

ふりがな		生年 月日	年 月 日生
氏 名			
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、碧南市若年がん患者在宅療養費助成事業実施規程第3条第3号に掲げる要件に該当するものと判断します。</p> <p>判断年月日： 年 月 日</p> <p>（宛先）碧南市長</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関名 _____</p> <p style="text-align: right;">医師名（自署） _____</p>			

※介護保険制度における特定疾病にかかる診断基準に準ずる。