

様式第 2 号(第 7 条関係)

大津町若年がん患者在宅療養生活支援事業に係る意見書

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏名			
住所	〒		
病名			
特記事項			

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（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）と判断できる。

（判断年月日： 年 月 日）

大津町長 様

年 月 日

医療機関名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

医師名 _____ 印

（自署の場合は押印不要）