

京丹後市若年がん患者在宅療養支援事業に係る意見書

フリガナ		生年月日	年 月 日生
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

京丹後市長 あて

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）