第２号様式（第５条関係）

医師による意見書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　　　名 |  |
| 住　　　所 | 〒 | | |
| 病　　　名 |  | | |
| 要綱第２条第２  号に該当した日 | 年　　　　　　　月　　　　　　日 | | |
| 注意事項等 |  | | |
| 上記の者は、一般に認められている医学的知見に基づき、知多市若年がん患者在宅療養支援事業補助金交付要綱第２条第２号に該当すると判断できる。  知多市長　　様  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  医療機関名  所在地  電話番号  医師名（自署） | | | |