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）　　　　　　　　　　　　　　　  |