様式第２号（第７条関係）

西伊豆町小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業に関する医師の意見書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 年　　月　　日生  　　　　　　　　（　　　歳） |
| 氏　　　名 |  |
| 住　　　所 |  | | |
| 病　　　名 |  | | |
| 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、西伊豆町小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業実施要項第３条第２号に掲げる要件に該当し、がんにより介護サービスを利用し得る状態であると判断できる。  西伊豆町長　様  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  医療機関名  医　師　名　　　　 　　　　　　　　　　　 ㊞ | | | |