

第2号様式（第8条関係）

柏崎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
氏 名			
住 所	〒 柏崎市		
病 名			
注意事項等			
<p>上記の者は、一般に認められている医学的知見に基づき、<u>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）</u>と判断できる。</p> <p>下線部の状態であると判断した日： 年 月 日</p> <p>（あて先） 柏崎市長</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名 _____</p> <p style="text-align: center;">医師名（自署） _____</p>			

※医師名は、自署又は記名押印してください。