

八幡市若年がん患者在宅療養支援補助金に係る意見書

ふりがな		生年月日
氏名		年 月 日
住所	〒	
	八幡市	
病名		
特記事項		
<p>上記の者は、八幡市若年がん患者在宅療養支援補助金交付要綱第3条第2号（※）に掲げる要件に該当するものと判断できる。</p> <p>八幡市長 宛て</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;">住 所 _____</p> <p style="text-align: center;">電 話 番 号 _____</p> <p style="text-align: center;">医 師 名 _____ 印 _____</p> <p style="text-align: right;">（自署の場合は押印不要）</p>		

※がんの治癒を目的とした治療を行わないがん患者（医師に一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断された者に限る。）