

医 師 の 意 見 書

ふりがな		生	年 月 日 ( 歳 )
氏 名		年	
		月	
住 所			
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、函南町小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業実施要綱第 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。</p> <p>函南町長 宛</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名</p> <p>医 師 名</p>			

参考（函南町小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業実施要綱）  
（助成対象者）  
第 3 条 助成の対象となる者は、次の各号に掲げる要件を全て満たす者とする。  
（1）函南町に住所を有する者（住民基本台帳法（昭和 42 年法律第 81 号）に基づき住民基本台帳に記録されている者）  
（2）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）であること  
（3）対象サービス利用時に、40 歳未満であること