様式第２号（第５条関係）

意　　見　　書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年  月日 | 年　　月　　日 |
| 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、いわき市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付要綱第２条第２号に掲げる要件に該当する者と判断できる。  いわき市長　様  　　年　　月　　日  医療機関住所  医療機関名  医　師　名  （医師名は自署または押印願います。） | | | |

　　いわき市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付要綱第２条第２号（抜粋）

　　がんの治療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）

* 介護保険法施行令第２条第１号に定める特定疾病（がん）の診断基準に準じる。