

八尾市若年がん患者在宅療養支援助成事業にかかる意見書

ふりがな			
氏名		生年月日	年 月 日
住所			
病名			
特記事項			
<p>上記の者は、一般的に認められている医学的知見に基づき、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）と判断できる。</p> <p>（判断年月日： _____ 年 月 日）</p> <p>八尾市長 あて</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関名 _____</p> <p style="text-align: right;">電話番号 _____</p> <p style="text-align: right;">医師名 _____ 印 _____</p> <p style="text-align: right;">（自署の場合は押印不要）</p>			