

## 医師の意見書

ふりがな		生年	年	月	日
氏名		月日	(		歳)
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、伊豆の国市小児・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>伊豆の国市長 宛</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名</p> <p>医師名 印</p>					

参考 (伊豆の国市小児・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)伊豆の国市に住所を有する者
- (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