

京田辺市若年がん患者在宅療養支援事業にかかる意見書

ふりがな			
氏 名		生年月日	年 月 日生
住 所			
病 名			
特記事項			

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。

（判断年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日）

（あて先）京田辺市長

年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

（自署の場合は押印不要）