

様式第2号（第4条関係）

始良市若年末期がん患者に対する療養支援事業意見書

ふりがな		生 年 月 日	
氏　名			
住　所	始良市		
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、がん末期だと判断できる。 始良市長殿 年　　月　　日 医療機関名 医　師　名 (署名又は記名押印)			

※ 介護保険における特定疾病の診断基準に準ずる。