

第2号様式(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、本宮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。

本宮市長

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記名押印願います。)