

医 師 の 意 見 書

ふりがな		生 年 月 日	年 月 日生 (歳)
氏 名			
住 所			
病 名			
診断日	年 月 日 (一般的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した日)		
特記事項等			
<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、朝日町若年がん患者に対する在宅療養支援事業助成金交付要綱第2条の要件に該当するものと判断できる*。</p> <p>朝日町長 様</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名 _____</p> <p style="text-align: center;">医師名(自署) _____</p>			

*要介護認定の特定疾病の診断基準に準ずる。