

様式第 2 号（第 6 条関係）

医師の意見書

ふりがな		生年	年 月 日生
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、南伊豆町小児・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>南伊豆町長 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 _____ ⑩</p>			

(参考)

南伊豆町小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業実施要綱第 3 条（抜粋）

(助成対象者)

支援事業の対象となる者（以下「助成対象者」という。）は、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 住民基本台帳法（昭和 42 年法律第 81 号）に基づき本町が備える住民基本台帳に記録されている者
- (2) がんの治癒を目的とした治療を行わない者（医師が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）
- (3) 居宅サービス等利用時に 40 歳未満である者