

第2号様式（第3条第1項関係）

白井市若年がん患者在宅療養支援事業の利用に係る意見書

ふりがな			
氏名		生年月日	年 月 日
住所			
病名			
診断年月日			
特記事項			
<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、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。</p> <p>(宛先) 白井市長</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>住 所 _____</p> <p>電話番号 _____</p> <p>医師名 (自署又は記名押印) _____</p>			