

第2号様式

岡崎市若年がん患者在宅ターミナルケア補助事業意見書

ふりがな		生年 月日	年 月 日生 (歳)
氏 名			
住 所	〒		
病 名			
診 断 日	岡崎市若年がん患者在宅ターミナルケア事業費補助金要綱第3条第3号に掲げる要件に該当と診断した日 年 月 日		
注意事項等			
<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、岡崎市若年がん患者在宅ターミナルケア事業費補助金要綱第3条第3号に掲げる要件に該当するものと判断します。</p> <p>(宛先) 岡崎市長</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>医師名 _____ (※ 自署でない場合は記名押印をお願いします。)</p>			

岡崎市若年がん患者在宅ターミナルケア事業費補助金要綱第3条第3号（抜
 がん患者（医師が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ものに限る。）

※要介護認定における特定疾病の診断基準に準ずる。