様式第１号（第３条関係）

結城市若年がん患者在宅療養支援事業助成金に係る意見書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 |  |
| 病　　名 |  |
| 特記事項等 |  |
| 　上記の者は、一般に認められている医学的知見に基づき、令和６年度結城市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付要項第２条第２号（※）に掲げる要件に該当するものと判断できる。結城市長　宛年　　　月　　　日　医療機関の　　　　　　　　　　　 　　　　　　　所在地及び名称　　　　　　　　　　　　　　　　 医　師　名　　　　　　　　　　　　　　　印　　 （自署の場合は押印不要）　 |

※　がんの治癒を目的とした治療を行わないがん患者（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した者に限る。）