

様式第3号（第6条関係）

小児・若年がん患者在宅療養生活支援に関する医師の意見書

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏名			
住所			
病名			
支援を行う際に配慮すべき事項			
<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、湖西市小児・若年がん患者在宅療養費補助金交付要綱第3条第2号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>(宛先) 湖西市長</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関名 _____</p> <p style="text-align: right;">医師名 _____ 印</p> <p style="text-align: right;">連絡先 _____</p>			

参考

湖西市小児・若年がん患者在宅療養費補助金交付要綱

(対象者)

第3条 補助金交付の対象となる者は、次の各号のいずれにも該当するものとする。

- (1) (略)
- (2) がんの治癒を目的とした治療を行わないがん患者であって、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
- (3)・(4) (略)