

様式第2号（第6条関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

医 師 意 見 書

ふりがな		生年 月日	年 月 日 歳
氏 名			
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、菊川市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業助成金交付要綱第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>菊川市長 長谷川 寛彦 宛</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>			