

つくば市若年がん患者在宅療養費助成金に係る意見書

フリガナ			
氏名		生年月日	年 月 日
住所	つくば市		
病名			
特記事項			
<p>上記の者は、つくば市若年がん患者在宅療養費助成金支給要綱第2条第3号の要件に該当する者（※）であると判断する。</p> <p>つくば市長 宛て</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;">所在地 _____</p> <p style="text-align: right;">電話番号 _____</p> <p style="text-align: right;">医師氏名 _____ 印</p> <p style="text-align: right;">（自署の場合は押印不要）</p>			

※がんになり患している者（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ことにより治癒を目的とした治療を行わない者に限る。）