

様式第 2 号（第 5 条関係）

意見書（大紀町若年のがん患者等在宅療養支援事業）

氏名		生年月日	年 月 日
住所			
病名			
注意事項等			

上記の者は、一般に認められている医学的所見に基づき、大紀町若年のがん患者等在宅療養支援事業補助金交付要綱第 3 条第 2 号に掲げる要件に該当するものと判断します。

（宛先）大紀町長

年 月 日

医療機関名
所在地
電話番号

医 師 名 _____

医師名は自署又は記名押印（ゴム印＋朱肉印）してください

- 【参考】
- 第 3 条 補助金の交付の対象となる者（以下「補助対象者」という。）は、次に掲げる要件を全て満たす者とする。
- （1）略
 - （2）がん患者、そのほか町長が認める者（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医師が判断した者に限る。）であること。
 - （3）略