

様式第2号（第5条関係）

若年がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援助成金交付事業利用意見書

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏名			
住所			
病名			
症状・注意事項等			
<p>上記の者は、 年 月 日時点でがん末期である（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ものに限る）と判断できます。</p> <p>久喜市長 あて</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>所在地 _____</p> <p>電話番号 _____</p> <p>医師名 _____</p> <p style="text-align: center;">※自署でない場合は押印してください。</p>			