様式第２号（第５条関係）

川越町ＡＹＡ世代がん患者在宅療養支援事業補助金意見書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 　　　　年　　月　　日生　　　　　　　　 |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 |  |
| 病　　名 |  |
| 診 断 日 | 年　　　月　　　日（一般的に認められている医学的知見に基づき、回復の見込がない状態に至ったと判断した日） |
| 特記事項等 |  |
| 上記の者は、一般に認められている医学的知見に基づき、川越町AYA世代がん患者在宅療養支援事業補助金交付要綱第２条第３号及び第４号の要件に該当するものと判断できる。川越町長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名（自署）　　　　　　　　　　　　　　　　　 |