

# 意見書

ふりがな		生年 月日	年 月 日生 ( 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、いなべ市AYA世代がん患者在宅療養生活支援事業助成金交付要綱第3条第3号の要件に該当するものと判断できる（※）。</p> <p>いなべ市長 様</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;">医師名（自署） _____</p>			

※要介護認定の特定疾病の診断基準に準ずる。