

医 師 の 意 見 書

ふりがな		生年	年 月 日生
氏 名		月 日	(歳)
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知見に基づき、長泉町小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業実施要綱第3条第2号に掲げる要件に該当し、居宅サービスを利用し得る状態であると判断できる。 長泉町長 様 年 月 日 医療機関名 _____ 医 師 名 _____ (印)			

参考（長泉町小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業実施要綱）

（対象者）

第3条 助成対象者は、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 対象サービスの申請時から利用時の間において本町に居住し、住民基本台帳法の規定により本町に記録されている者
- (2) 在宅療養がん患者
- (3) 対象サービスの利用時に、40歳未満である者
- (4) 町税等の滞納のない者