

様式第2号（第7条関係）

小児・若年がん患者在宅療養生活支援に関する医師の意見書

フリガナ		生年	年	月	日
氏名		月日	（ 歳）		
住所					
病名					
支援を行う際に 配慮すべき事項 等					
<p>上記の者は、袋井市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業実施要綱第4条第2号に規定する者であり、がんにより在宅療養生活支援サービスを利用することが必要な状態であると判断する。</p> <p>袋井市長</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">医 師 名 ⑩</p>					

【参考】

袋井市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業実施要綱第4条第2号

第4条 本事業の助成の対象となる者（以下「助成対象者」という。）は、助成対象者（助成対象者が未成年の場合はその法定代理人）が市税を滞納していない者であって、かつ、次に掲げる要件の全てを満たすものとする。

(2) がんの治癒を目的とした治療を行わないがん患者であって、「がん患者に係る要介護認定等の申請に当たっての特定疾病の記載等について」(平成31年2月19日付厚生労働省老健局老人保健課事務連絡)に基づき、医師に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されたもの