

様式第3号（第6条関係）

医師の意見書

ふりがな		生年月日	年 月 日 (歳)
氏名			
住所			
病名			
支援を行う際に配慮すべき注意事項等			
<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、島田市小児・若年がん患者在宅療養費助成金交付要綱第3条第2号に掲げる要件に該当すると判断できる。</p> <p>島田市長</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 ㊟</p> <p style="text-align: center;">（署名又は記名押印をすること。）</p> <p style="text-align: center;">連絡先</p>			

島田市小児・若年がん患者在宅療養費助成金交付要綱 抜粋

（助成対象者）

第3条 助成の対象となる者は、次に掲げる要件を全て満たす者とする。

- (1) 省略
- (2) がんの治癒を目的とした治療を行わないがん患者（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者に限る。）であること。
- (3) 省略
- (4) 省略

