

様式第2号（第6条関係）

意見書（伊勢市若年者のがん患者在宅支援サービス費助成事業）

ふりがな		生年月日	年 月 日
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所見に基づき、伊勢市若年者のがん患者在宅支援サービス費助成事業実施要綱第3条第2号に掲げる要件に該当するものと判断します。</p> <p>（宛先）伊勢市長</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 _____</p> <p style="text-align: right;">（署名又は記名押印）</p>			

【参考】

（助成対象者）

第3条 助成金の交付の対象となる者（以下「助成対象者」という。）は、次に掲げる要件を全て満たす者とする。

- (1) 略
- (2) がん患者（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医師が判断した者に限る。）であること。
- (3) 略