

様式第2号（第5条関係）

意見書
（大田原市若年者在宅ターミナルケア支援事業）

フリガナ		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知見に基づき、大田原市若年者在宅ターミナルケア支援事業助成金交付要綱第2条第3号に掲げる要件に該当する者と判断します。</p> <p>大田原市長 様</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;">所在地</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">医師名 ㊞</p>			

※大田原市若年者在宅ターミナルケア支援事業助成金交付要綱第2条第3号

末期がん患者（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ものに限る。）