意見書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 氏　　　名 |  |
| 住　　　所 | 東海市 |
| 病　　　名 |  |
| 要綱第３条第２号に該当した日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 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、東海市小児・若年がん患者在宅療養生活支援補助金交付要綱第３条第２号に掲げる要件に該当する状態であると判断できる。（宛先）東海市長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　 　　　　　　　　　　 ㊞ |