様式第２号（第５条関係）

豊田市若年がん患者在宅療養支援事業意見書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 　年　　　月　　　日 |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 病名 |  |
| 特記事項 |  |
| 上記の者は、一般に認められている医学的知見に基づき、豊田市若年がん患者在宅療養支援事業補助金交付要綱第3条第1項（３）に掲げる要件に該当するものと判断できる。（判断年月日：　　　　年　　　月　　　日　）豊田市長　　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名（自署）　　 　　　　　　　　　　　　　　　 |