

第2号様式

岡崎市若年がん患者在宅ターミナルケア補助事業意見書

ふりがな		生年 月日	年 月 日生 (歳)
氏 名			
住 所	〒		
病 名			
診 断 日	岡崎市若年がん患者在宅ターミナルケア事業費補助金要綱第3条第3号に掲げる要件に該当と診断した日 年 月 日		
注意事項等			
<p>上記の者は、一般的に認められている医学的知見に基づき、岡崎市若年がん患者在宅ターミナルケア事業費補助金要綱第3条第3号に掲げる要件に該当するものと判断します。</p> <p>(宛先)岡崎市長</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>医師名 _____ (自署でない場合は記名押印をお願いします。)</p>			

岡崎市若年がん患者在宅ターミナルケア事業費補助金要綱第3条第3号(抜粋)

がん患者(医師が一般的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。)

要介護認定における特定疾病の診断基準に準ずる。