

## 意見書

ふりがな		生	
氏名		年月日	年 月 日生 ( 歳)
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、多気町 AYA 世代のがん患者に対する在宅療養支援補助金交付要領第2条第3号の要件に該当するものと判断できる（※）。</p> <p>多気町長 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;">医師名（自署） _____</p>			

※要介護認定の特定疾病の診断基準に準ずる。