

様式第 2 号（第 6 条関係）

北本市 A Y A 世代がん患者在宅療養支援事業に係る意見書

ふりがな		生年 月 日	年 月 日
氏 名			
住 所			
病 名			
症状・注意事項等			
上記の者は、北本市 A Y A 世代がん患者在宅療養支援事業助成金交付要綱に規定するがん患者（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のない状態に至った）と判断できる。 (宛先) 北本市長 年 月 日 医療機関の名称及び住所 (電話番号) 医 師 名 ※自署でない場合は押印してください。			