

主治医の意見書

フリガナ	
氏 名	
生年月日	年 月 日
住 所	
主たる病名 (その他症状)	
診断年月日	年 月 日
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、足立区若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第2条第2号に掲げる要件に該当するものと判断できる。 年 月 日 (提出先) 足立区長 医療機関名 所 在 地 医 師 名 印	

足立区若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第2条第2号

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がない状態に至ったと判断した者に限る。）

※ 介護保険法施行令第2条第1号に定める特定疾病（がん）の診断基準に準じる。