

【記入にあたっての注意】

- ①黒色のボールペンでご記入ください。消せるペンは使用できません。
②記入を間違えた場合は、氏名欄に押したものと同一印で訂正してください。
修正液等は使わないでください。

第2号様式（第5条関係）

主治医の意見書

フリガナ	○○○ ○○○
氏 名	○○○ ○○○
生年月日	平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日
住 所	東京都足立区○○○丁目-○-○
主たる病名 (その他症状)	大腸がん (腸管癒着・閉塞に伴うストマ造設)
診断年月日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
特記事項	

申請にあたり、「がんが主たる病名であり、要綱第2条第2号の状態であること」が前提です。
診断年月日は要綱第2条第2号の状態であると診断した日付をご記入ください。

条第2号に掲げる要件に該当するものと判断できる

(提出先)
足立区長

日付は令和6年4月1日以降の日付でご記入ください。

令和○年 ○月 ○日

必ず医師が自署してください。

名 地 ○○○○病院
○○○○○△-△-△

医 師 名 ○○○ ○○○○

必ず押印してください。

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。