

## 小児・若年がん患者在宅療養生活支援に関する医師の意見書

ふりがな		生年	年 月 日生
氏 名		月日	( 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、伊東市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業費補助金交付要綱第3条第2号に掲げる要件に該当し、終末期のがんにより介護サービスを利用し得る状態であると判断できる。</p> <p>伊東市長 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 _____ 印</p>			

参考 伊東市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業費補助金交付要綱  
(対象者)

第3条 事業の対象となる者（以下「対象者」という。）は、次の各号のいずれにも該当するものとする。

- (1) 本市の住民基本台帳に記録されている者
- (2) がんの治癒を目的とした治療を行わないがん患者（医師に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された者）であること。
- (3) 対象サービスの利用時における年齢が40歳未満の者
- (4) 市税を滞納していない者