様式第2号（第5条関係）

意　見　書

<table>
<tr><td>ふ り が な</td><td></td><td rowspan="2">生年
月日</td><td rowspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3">〒</td></tr>
<tr><td>病　　名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>注 意 事 項 等</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

上記の者は、一般に認められている医学的知見に基づき、福島市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付要綱第2条第2号に掲げる要件に該当する者と判断できる。

福島市長　　様

年　　月　　日

医療機関住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医　師　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（医師名は自署または押印願います。）