様式第２号（第５条関係）

意　　見　　書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒 |
| 病　　名 |  |
| 注意事項等 |  |
| 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。） |