

笠間市若年がん患者在宅療養支援事業補助金に係る意見書

ふりがな		生年月日	年 月 日生
氏名			
住所			
病名			
特記事項			
上記の者は、笠間市若年がん患者在宅療養支援事業補助金交付要綱第 2 条第 2 号（※）に掲げる要件に該当するものと判断できる。 笠間市長 宛 年 月 日 医療機関名 _____ 住 所 _____ 電話番号 _____ 医師名 _____ 印 _____ （自署の場合は押印不要）			

※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ものに限る。）