

別紙（様式第 1 号関係）

医師の意見書

ふりがな		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
氏名			
住所			
疾患名			
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、南国市若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱別表の補助対象者の項第 2 号に掲げる要件に該当し、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。 南国市長 様 年 月 日 医療機関の名称 医療機関の所在地 医療機関の電話番号 医師氏名（※自署）			

※参考 南国市若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱別表（抜粋）

補助対象者	次の各号のいずれにも該当する者とする。 (1) 第 4 条の規定による利用の申請時点において、南国市に住所を有し、次のいずれかに該当すること。 ア 20 歳以上 40 歳未満であること。 イ 18 歳以上 20 歳未満であって、小児慢性特定疾病医療費の支給その他のがん患者に対する公的な支援・補助制度を受けていないこと。 (2) 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医師に判断されたがん患者（がんの治癒を目的とした治療を行わない者に限る。）であること。 (3) 在宅療養上の生活支援又は介護が必要であること。 (4) 他の事業又は助成制度等により、補助対象サービスと同様のサービスの利用又は当該利用に対する助成を受けることができないこと。 (5) 南国市税等を滞納していないこと。
-------	--