

別記 第1号様式

成田市若年がん患者在宅療養費助成に係る主治医意見書

ふりがな		生 年 月 日	年 月 日
氏 名			
住 所			
病 名			
特記事項等			
<p>上記の者は、がん（一般的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ているもの）と判断できる。</p> <p>(宛 先) 成 田 市 長</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関住所</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">医師名（自署）</p>			

※医師名は、自署でない場合には押印してください。