

若年がん患者在宅療養生活支援事業に係る意見書			
ふりがな			
氏 名		生年月日	年 月 日
住 所			
病 名			
診断年月日			
特記事項			
上記の者は、一般に求められている医学的知見に基づき、がん（介護保険法に規定する第 2 号被保険者が要介護認定又は要支援認定を受ける状態と同等）と判断できる。 長柄町長 様 年 月 日 医療機関名 住 所 電話番号 医師氏名(自署)			