様式第２（第５条関係）

意　　見　　書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 補助対象者氏　　名 |  |
| 住　　所 | 岩倉市 |
| 病　　名 |  |
| 注意事項等 |  |
| 上記の者は、岩倉市若年がん患者在宅療養費補助金交付要綱第２条第３号に規定する「がん患者（医師に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たと判断された者に限る。）」に該当するものと判断します。岩倉市長　殿年　　　月　　　日医 療 機 関 名　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名（自署）　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |