

医師の意見書

ふりがな		生年	年 月 日生
氏 名		月日	(歳)
住 所			
病 名			
注意事項等			
<p>上記の者は、一般に認められている医学的知見に基づき、伊豆市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業実施要領第3条第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。</p> <p>伊豆市長 宛</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>医 師 名 _____ (印)</p> <p>(医師が署名又は記名押印してください。)</p>			

参考 (伊豆市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業実施要領)

(対象者)

第4条 本事業の対象となる者は、次の各号に掲げる要件を全て満たす者とする。

- (1) 静岡県内（静岡市、浜松市の区域を除く）に住所を有する者
- (2) がんの治癒を目的とした治療を行わないがん患者（医師に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された者）であること
- (3) 対象サービス利用時に、40歳未満であること