

【記入にあたっての注意】

- ① 黒色のボールペンでご記入ください。消せるペンは使用できません。
- ② 記入を間違えた場合は、氏名欄に押したものと同一印で訂正してください。修正液等は使わないでください。

第2号様式（第5条関係）

主治医の意見書

本書式の全ての項目は必ず医師が記載してください。

フリガナ	チヨダ タロウ
氏名	千代田 太郎
生年月日	平成〇 年 〇 月 〇 日
住所	東京都千代田区九段北〇—〇—〇
主たる病名 (その他症状)	大腸がん (腸管癒着・閉塞に伴うストマ造設)
診断年月日	令和〇 年 〇 月 〇 日
特記事項	

申請にあたり、「がんが主たる病名であり、要綱第2条第2号の状態であること」が前提です。

第2条第2号に掲げる要件に該当するものと判断できる。

千代田区長 殿

必ず押印してください。

令和〇年〇月〇日

医療機関名 〇〇病院

所在地 東京都千代田区飯田橋〇—〇—〇

医師名 千代田 さくら

印

千代田区若年がん患者在宅療養援助金交付要綱第2条第2号

がん患者（医師が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した者に限る。）