

様式第2号（第6条関係）

土浦市若年がん患者等在宅療養支援事業助成金に係る意見書

フリガナ		生年	年 月 日
助成対象者 氏名		月 日	
住所	土浦市		
病名			
注意事項等			
<p>上記の者は、土浦市若年がん患者等在宅療養支援事業助成金交付要項第2条に規定する若年がん患者等に該当し、同要項第4条に規定するサービスを利用することができる状態であると判断できる。</p> <p>（宛先）土浦市長</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">医師名（自署）</p>			

※ この意見書は、土浦市若年がん患者等在宅療養支援事業助成金の交付申請に使用します。