

様式第2号（第5条関係）

柳川市小児・若年者がん患者在宅療養生活支援事業意見書

フリガナ		生 年 月 日	年 月 日
氏名			
住所			
病名			
注意事項			
上記の者は、一般に認められている医学的知見に基づき、がんと判断できる（※）。 柳川市長 様 年 月 日 医療機関名 _____ 医 師 名 _____ (印)			

※ 介護保険における特定疾病の「がん」の定義に準じる。

※ 主治医意見書の作成費用は、利用者負担となる。