

様式第2（第6条関係）

安城市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金に係る意見書

ふりがな	あんじょう さくら		
患者氏名	安城 さくら	生年月日	平成●年●月●日
病名	乳がん		
注意事項等	特記事項等あれば、ご記入ください。		
上記の者は、一般に認められている医学的知見に基づき、令和5年7月から末期がんであると判断します。			
安城市長			
令和5年8月1日			
医療機関名 ●●病院			
医師名 ●●●● (※)			
(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。			
電話 0566 (××) △△△△			