がん治療の主治医に作成をお願いしてください
作成に費用がかかる場合がありますが、その費用は補助対象外です

様式第２号（第６条関係）

意見書

ふ り が な	しずおか　けんた	生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日
氏　　名	静岡　　健太		
住　　所	静岡市〇〇区〇〇〇丁目〇-〇		
病　　名	〇〇がん		
要綱第２条第１号イに該当した日	令和〇　年〇〇月〇〇日		
注意事項等			

この日以降の利用サービスが補助対象です
（過去に遡った日でも可）

この日より前の利用サービスは補助対象外

上記の者は、一般に認められている医学的知見に基づき、静岡市若年がん患者等在宅療養生活支援補助金交付要綱第２条第１号イに掲げる要件に該当する状態であると判断できる。

（宛先）静岡市長

令和〇　年〇〇月〇〇日

医療機関名　〇〇〇〇〇〇病院

〒〇〇〇-〇〇〇〇

所在地　静岡市〇〇区〇〇〇丁目〇-〇

電話番号　〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

医師名　〇〇 〇〇〇　主治医印