

様式第1号（第3条関係）

八潮市AYA世代在宅療養支援事業助成金に係る意見書

八潮市AYA世代在宅療養支援事業助成金の交付について、次のとおり認めます。

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏名			
住所	〒		
病名			
病状 注意事項等			
<p>上記の者は、____年 ____月時点で、がんにより末期（一般的に認められている医学的知見に基づき回復が難しい状態）に至ったと判断できる。</p> <p>(宛先) 八潮市長</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関名 _____</p> <p style="text-align: right;">医 師 名 _____</p> <p style="text-align: right;">※自署でない場合は、押印してください。</p>			