様式第２号（第５条関係）

意見書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 年　　月　　日　 |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 疾患名 |  |
| 注意事項等 |  |
| 上記の者は，一般に認められている医学的知見に基づき，高知市若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第２条第１項第２号に掲げる要件に該当し，がんにより介護サービスを利用し得る状態であると判断できる。　高知市長　　　　　　　　　　様年　　月　　日医療機関の名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関の所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関の電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名（※自署）　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

参考（高知市若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱）

（助成対象者）

第２条　助成金の交付の対象となる者（以下「助成対象者」という。）は，次に掲げる要件のいずれにも該当する者とする。

⑴　本市に住所を有する者であって，次のいずれかに該当するもの

ア　支援事業の交付申請時に20歳以上40歳未満の者

イ　18歳以上20歳未満の者で，小児慢性特定疾病医療費の支給認定その他のがん患者に対する公的な支援・補助制度を利用していないもの

⑵　一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと医師が判断したがん患者

⑶　在宅療養上の生活支援又は介護が必要な者

⑷　他の事業により，同様のサービスを利用することができない者