

弘前市若年がん患者日常生活支援事業に係る意見書

ふりがな		昭和	年	月	日生
氏名		生年月日	平成		
住所	〒				
病名 及び 診断年月日	病名		診断年月日		
			令和	年	月 日
特記事項					
<p>上記の者は、医学的知見に基づき、介護保険法の第2号被保険者が要介護認定又は要支援認定を受ける状態と同等のがん患者と判断できる。</p> <p>弘前市長 殿</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>住 所 _____</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>電話番号 _____</p> <p>医 師 名 _____ (印)</p> <p style="text-align: right;">(自署の場合は押印不要)</p>					