

様式第 2 号（第 6 条関係）

医師の意見書

ふりがな		生年月日	
氏名			
住所			
病名			
特記事項			

上記の者は、一般に認められている医学的知見に基づき、末期がん（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）と判断できる。

（最初に判断を行った年月日： 年 月 日）

北中城村長 宛

年 月 日

医療機関名 _____

住所 _____

電話番号 _____

医師名 _____ ⑩

（自署の場合は押印不要）

参考（北中城村若年がん患者在宅療養生活支援事業実施要領）

（補助対象者）

第 2 条 本事業の対象となる者（以下「対象者」という。）は、次の各号に掲げる要件を全て満たす者とする。

- （1） 申請時に北中城村内に住所を有する者
- （2） 介護保険における特定疾病としての「がん」の定義及び診断基準に該当する者であり、医師が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判断した者
- （3） 対象サービス利用時に、年齢が 20 歳以上 40 歳未満である者（当該時点において、年齢が 18 歳又は 19 歳である者であって、児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）の規定による小児慢性特定疾病医療費の支給を受けていない者を含む。）
- （4） 在宅の生活を営む上において居宅介護等の支援が必要な者
- （5） 他の制度によって本事業と同等の補助又は給付を受けることができない者

