

様式第 2 号（第 6 条関係）

意見書

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏 名			
住 所	静岡市		
病 名			
要綱第 2 条第 1 号 イに該当した日	年 月 日		
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、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 年 月 日 医療機関名 _____ 所在地 _____ 電話番号 _____ 医師名 _____ ⑩			