川崎市在宅療養患者介護サービス利用支援事業に係る意見書

**【若年がん患者で、在宅介護サービスを利用している方】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 　　　年　　月　　日生 |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 |  |
| 病名 |  |
| 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、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ている状態と同等）だと判断できる。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日医療機関名医師名※自署でない場合は押印ください。 |