

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	
氏名		月日	年 月 日生
住所			
病名			
注意事項等			
<p>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。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名 医師名</p> <p style="text-align: right;">※自署でない場合は押印ください。</p>			