第２号様式（第５条関係）

意　　見　　書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年  月日 | 年　　月　　日 |
| 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、二本松市若年が  ん患者在宅療養支援事業助成金交付要綱第２条第２号に掲げる要件に該当す  る者と判断できる。  二本松市長  　　　　年　　　月　　　日  住所  医療機関名  医　師　名  　　　　　　　　　　　　　（医師名は自署又は記名押印願います。） | | | |