

座間市若年がん患者在宅療養支援事業助成金の交付申請に係る医療機関意見書

ふ り が な		生年月日（年齢）
助 成 対 象 者		年 月 日（ 歳）
住 所	〒 座間市	
病 名		
特記事項等		
上記の者は、回復の見込みがない状態に至ったと判断する。 座間市長 殿 年 月 日 医療機関名： 所在地： 電話番号： 医師名署名または記名押印：		