

様式第 2 号（第 5 条関係）

意見書（壬生町在宅ターミナルケア支援事業）

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏名			
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、壬生町在宅ターミナル支援事業実施要綱第 2 条第 3 号に掲げる要件に該当するものと判断します。</p> <p>壬生町長 様</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">電 話 番 号</p> <p style="text-align: center;">医 師 名 ㊟</p>			

※壬生町在宅ターミナルケア支援事業助成金交付要綱第 2 条第 3 号

末期がん患者（医師が一般的に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。）