

様式第2号（第5条関係）

意見書

ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日
住所			
疾患名			
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、土佐清水市がん患者アピアランス日常生活支援事業補助金交付要綱第2条及び別表1の2に掲げる要件に該当し、がんにより介護サービスを利用し得る状態であると判断できる。</p> <p>土佐清水市長 様</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関の名称 _____</p> <p style="text-align: center;">医療機関の所在地 _____</p> <p style="text-align: center;">医療機関の電話番号 _____</p> <p style="text-align: center;">医師氏名（※自署） _____</p>			

参考（土佐清水市がん患者アピアランス日常生活支援事業補助金交付要綱）

（補助対象者）

第2条 本事業の対象者は、別表1のとおりとする。

別表1

補助対象事業	対象者
2 若年がん患者在宅療養支援	<p>(1) 申請時に土佐清水市に住所を有し、かつ、住民基本台帳に登録されている者</p> <p>(2) がんの治癒を目的とした治療を行わないがん患者（一般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医師に判断された者）</p> <p>(3) 支援事業の申請時点の年齢が、20歳以上40歳未満の者（18歳以上20歳未満の者で、児童福祉法（昭和22年法律第164号）に基づく小児慢性特定疾病医療費補助を受けていない者を含む。）</p> <p>(4) 申請を行うサービスに対して、他の補助を受けていない者</p> <p>(5) 市税等を滞納していないこと。</p> <p>(6) 土佐清水市暴力団排除条例（平成22年条例第31号）第2条第2号に規定する暴力団員でないこと。</p>