

様式第 2 号(第 5 条関係)

医師の意見書

ふりがな		生年月日	
氏 名			
住 所			
病 名			
特記事項			

上記の者は、一般に認められている医学的知見に基づき、末期がん(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る状態と同等)と判断できる。
(最初に判断を行った年月日： 年 月 日)

西原町長 宛て

年 月 日

医療機関名 _____
住 所 _____
電話番号 _____
(自署の場合は押印不要)

印

参考 西原町若年がん患者在宅療養生活支援事業助成金交付要綱
(助成対象者)

第 2 条 助成金の交付の対象となる者(以下「助成対象者」という。)は、次に掲げる要件を全て満たす者とする。

(1) 申請時に西原町の住民基本台帳に記録されている者であって、支援事業の利用申請時に、次のいずれかに該当するもの

ア 20 歳以上 40 歳未満の者

イ 18 歳以上 20 歳未満の者(児童福祉法(昭和 22 年法律第 164 号)の規定による小児慢性特定疾病医療費の支給を受けていない者に限る。)

(2) 介護保険における特定疾病としての「がん」の定義及び診断基準に該当する者であり、医師が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判断した者で、次のいずれかの方法により悪性新生物であると診断され、かつ、治癒を目的とした治療に反応せず、進行性かつ治癒困難な状態にあるもの

ア 組織診断又は細胞診により悪性新生物であることが証明されているもの

イ 組織診断又は細胞診により悪性新生物であることが証明されていないものの場合は、臨床的に腫瘍性病変があり、かつ、一定の時間的間隔を置いた同一の検査等で進行性の性質を示すもの

(3) 在宅の生活を営む上において居宅介護等の支援が必要な者

(4) 他の制度によって支援事業と同等の助成等を受けることができない者