

様式第2号（第6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)

石垣市長 様

年 月 日

医療機関名

住所

電話番号

醫師名 (印)

(自署の場合は押印不要)

参考（石垣市若年がん患者在宅療養生活支援事業実施要綱）

(対象者)

第3条 本事業の対象となる者（以下「対象者」という。）は、次の各号に掲げる要件を全て満たす者とする。

- (1) 石垣市内に住所を有する（住民基本台帳に記録されている）者
- (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若しくは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、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場合は、臨床的に腫瘍性病変があり、一定の時間的間隔を置いた同一の検査（画像審査など）等で進行性の性質を示すもの
- (3) 対象サービス利用時に、年齢が 20 歳以上 40 歳未満である者（当該時点において、年齢が 18 歳又は 19 歳である者であって、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を含む。）
- (4) 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
- (5) 他の制度によって本事業と同等の補助等を受けることができない者