

貝塚市在宅緩和ケア支援助成金交付に係る意見書

ふりがな		生年		
氏 名		月 日	年	月 日生
住 所				
病 名				
特記事項				

上記の者は、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がん患者であり、在宅療養生活への支援及び介護が必要なものと判断します。

貝塚市長 様

年 月 日

医療機関名 _____

住 所 _____

電 話 番 号 _____

医 師 名 _____ 印 _____