様式第２号（第４条関係）

医師意見書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 |  | | |
| 病　　名 |  | | |
| 注意事項等 |  | | |
| 上記の者は、医学的知見に基づき、がんと判断できる（※）。  昭和村長　様  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  医療機関住所  医療機関名  医師名（自署） | | | |

　※介護保険における特定疾病の「がん」の定義に準じる。