

意見書（四日市市若年がん患者在宅療養支援事業補助金）

|  |  |   |        |
|--|--|---|--------|
| ふりがな   |  | 生 |        |
| 氏名   |  | 年 | 年 月 日生 |
|  |  | 月 | ( 歳)   |
|  |  | 日 |        |
| 住所   |  |   |        |
| 病名   |  |   |        |
| 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、四日市市若年がん患者在宅療養支援事業補助金要綱第3条第3号の要件に該当するものと判断できる（※）。</p> <p>四日市市長</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>医師名 _____</p> <p>自署又は記名押印</p> |  |   |        |

※要介護認定の特定疾病の診断基準に準ずる。（裏面参照）

## 第2号様式（補足）

### 【診断基準】

以下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（注）にあるもの。

- ① 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
- ② 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、かつ、一定の時間的間隔を置いた同一の検査（画像診断など）等で進行性の性質を示すもの

注) ここでいう治癒困難な状態とは、概ね余命が6月程度であると判断される場合を指す。なお、現に抗がん剤等による治癒が行われている場合であっても、症状緩和等、直接治癒を目的としていない治療の場合は治癒困難な状態にあるものとする。