

第2号様式(第5条第1項)

医師意見書

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏 名			
住 所	習志野市		
病 名			
診 断 年 月 日			
特 記 事 項 等			
上記の者は、一般に認められている医学的知見に基づき、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。 年 月 日 住 所 電話番号 医師名(自署又は記名押印)			