

様式第 2 号（第 5 条関係）

意見書

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏名			
住所			
上記の者は、医学的知見に基づき、がん（※）と判断できる。 広川町長 様 年 月 日 医療機関名 _____ 医師名 _____ 印 (署名又は記名押印)			

※ 介護保険法施行令第 2 条第 1 号の「がん」の定義に準ずる。