

## 佐賀県小児がん患者等家族交通費支援事業 意見書

ふりがな		生年	
氏名		月日	年 月 日 ( 歳)
住所			
病名			
紹介医療機関名			
<p>上記の者は、佐賀県小児がん患者家族等交通費支援事業実施要領第2条第1号に掲げる要件の何れかに該当するものと判断できる。</p> <p style="text-align: center;">佐賀県知事 殿</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">医療機関名 _____</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">医師名 _____ (自署)</p>			

※必要があるときは、お問い合わせする場合がありますのでご了承ください。また、当該支援事業の趣旨を御理解いただき、診断書料については、お取り計らいいただきますようお願い申し上げます。

○佐賀県小児がん患者家族等交通費支援事業実施要領第2条第1号（抜粋）

- ①がんと診断され事業年度末時点において18歳以下の者
- ②小児慢性特定疾病医療受給者証を有するもの
- ③指定難病受給者証を有する者のうち、事業年度末時点において18歳以下の者

※②③については各受給者証の提出により意見書の提出が省略できます。