

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	年	月	日生
氏名		月日			(歳)
住所					
病名					
紹介医療機関名					
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。					
佐賀県知事 殿					
令和 年 月 日					
医療機関名 _____					
医師名 _____					
(自署)					

※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