様式第２号（第６条関係）

がん治療受診証明書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業名 | 里庄町がん患者医療用ウィッグ等購入費助成事業 | | |
| 対象者 | 氏名 | |  |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日 |
| 病名 |  | | |
| 治療方法 | □手術　　　□放射線　　　□化学療法  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 治療方針 | 入院 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | |
| 通院 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | |
| ※その他参考と  なる意見 | 例）がん治療の化学療法・放射線治療による脱毛、手術療法による乳房切除をされた等 | | |

上記について、相違ないことを証明します。

年　　　月　　　日

医療機関　　　住所

名称

主治医氏名　　　　　　　　　　　　印