

燕市がん患者等医療用補正具購入費補助金に係る証明書

次の事項について、証明をお願いします。

※脱毛症による脱毛の場合は病名の記載もお願いします。

医療 機関 記入 欄	受診者氏名	
	受診者生年月日	年 月 日
	証明内容 (3は病名も記載)	1. がん治療の副反応による脱毛 2. がん治療による乳房切除 3. 脱毛症による脱毛 (病名:)

上記1・2・3の状態、あるいはその恐れがあることを証明します。

年 月 日

医療機関 所在地

名 称

医師名

(主治医の署名もしくは押印をお願いします。)