

燕市がん患者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。

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	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

上記 1 か 2 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。)