様式第２号（第６条関係）

が　ん　治　療　受　診　証 明　書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業名 | 奈義町がん患者医療用補整具（アピアランスケア）助成金 | |
| 対象者 | 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成  年　　　　月　　　　日 |
| 病　名 | |  |
| 治療方法 | | □手術　　　　□放射線　　　□科学療法  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 治療方針 | 入　　院 | 平成　　　　　　　　　　　　　　平成  令和　年　　月　　日　　　～　　令和　年　　月　　日 |
| 通　　院 | 平成　　　　　　　　　　　　　　平成  令和　年　　月　　日　　　～　　令和　年　　月　　日 |
| ※その他参考となる意見 | |  |

　この証明書は、奈義町が行う「奈義町がん患者医療用補整具（アピアランスケア）助成金」におけるウィッグ及び補整具（補整パット、補整下着、専用入浴着、弾性着衣（弾性ストッキング、弾性スリーブ及び弾性グローブをいう。）及びエピテーゼ（補整用人工物をいう。）の購入費助成の確認書類です。

※がん治療の科学療法・放射線療法による脱毛、手術療法による乳房切除をされたなど、内容を記載してください。

上記について、相違ないことを証明します。

令和　　年　　月　　日

医療機関　　住　　　所

　　　　　　名　　　称

　　　　　　主治医氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞