

様式第2号(第6条関係)

が ん 治 療 受 診 証 明 書

事業名	矢掛町がん患者アピアランスサポート事業	
対象者	氏名	
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
病名		
治療方法	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 放射線 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> その他()	
治療方針	入院	平成・令和 年 月 日～平成・令和 年 月 日
	通院	平成・令和 年 月 日～平成・令和 年 月 日
※その他参考となる意見		

この証明書は、矢掛町が行う「矢掛町がん患者アピアランスサポート事業」におけるウィッグ等（ウィッグ，装着用ネット，髪付帽子）及び補助具等（補整パッド，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，弾性グローブ）及びエピテーゼ（補整用人工物）の購入費助成の確認書類です。

※がん治療の化学療法・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。

年 月 日

医療機関

住 所
名 称
主治医氏名

印