様式第３号（第６条関係）

がん治療受診証明書

対象者	氏　　名	
	生年月日	年　　月　　日
病　　名		
治療方法	治療方法	□手術　　□放射線　　□科学療法 □その他（　　）
	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		

この証明書は、美咲町が行う「がん患者医療用ウイッグ購入費」の一部を補助するための確認書類です。　抗がん剤治療等で脱毛した方を対象に、購入費の一部を補助する事業です。

※「脱毛の副作用を伴う抗がん剤治療である」などの内容の記載をして下さい。

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（署名）

（自署する場合は、押印不要）