

## がん治療受診証明書

事業名	笠岡市がん患者アピアランスサポート助成金交付	
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、笠岡市が行う「笠岡市がん患者アピアランスサポート助成金交付」における医療用ウィッグ及び乳房補整具（補整下着、補整パッド、人工乳房等）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。

令和 年 月 日

医療機関

住所

名称

主治医氏名

⑩