

鶴田町がん患者医療用補整具購入費助成事業受診等証明書

年 月 日

※医療機関記入欄(主治医が記載してください。)

対象者	フリガナ		生年月日	
	氏名			
	住所			
病名				
病歴	治療方法	☐ 手術療法 ☐ 化学療法 ☐ 放射線療法 ☐ その他()		
	入院期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
	通院期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
その他参考となる意見				

上記について、相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関の名称	医療機関の所在地	主治医氏名