様式第３号（第６条関係）

がん治療受診証明書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成対象者 | 氏　　　名 |  | 性　別 | 男　・　女 |
| 住　　　所 |  |
| 生年月日 |  |
| 病　名治療方法　　手術療法　・　化学療法　・　放射線療法その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）病　　　歴　　入院　　　　　年　　　　月　　　　日　から　　　　　年　　　　月　　　　日通院　　　　　年　　　　月　　　　日　から　　　　　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。

年　　　　月　　　　日

医療機関　所在地

名　称

主治医　氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印