

様式第2号（第5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	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 日まで	入院	年	月	日から	年	月
日まで	通院	年	月	日から	年	月
備考						

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