

様式第2号（第5条関係）

がん治療の副作用による補整具購入に係る証明書

※次の事項についての証明をお願いいたします。

医 療 機 関 記 入 欄	受診者 氏名	
	受診者 生年月日	年 月 日
	証 明 内 容	1、がん治療の副作用による脱毛 2、がん治療による乳房切除

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

医師名

㊞