

# 記入例

R5～

様式第6号（第5関係）

## がん患者補正具購入に関する証明書

対 象 者	氏 名	北上 江子	性別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>
	住 所	北上市新穀町一丁目4番1		
	生年月日	昭和 35 年 4 月 18 日		
病 名	左乳癌			
治 療 方 法	手術療法 その他（	化学療法	放射線療法 ）	
補正具を必要とする理由 （□に✓をつけてください）	<input checked="" type="checkbox"/> 治療の副作用として脱毛が認められるため <input type="checkbox"/> 乳房切除術を受けたため			

上記について相違ないことを証明します。

北上市長 様

令和5 年 4 月 3 日

医師氏名の記載は必須	所在地	北上市●●町2-2
	医療機関名	北上市立さくら病院
医師が記入できない場合は医療社会事業士等の記入で可	医師氏名	新穀 一男 <input type="checkbox"/>
	代理記入者氏名	<input type="checkbox"/>
	職名	<input type="checkbox"/>
	連絡先	<input type="checkbox"/>
		氏名を自署した場合は押印は省略可

- ※1 医師氏名の記載は必須とします。
- 2 医師が記入できない場合、代理の者（医療社会事業士等）が記入できるとします。
- 3 氏名を自署したときは、押印を省略することができます。