

様式第6号（第5関係）

## がん患者補整具購入に関する証明書

対 象 者	氏 名	北上 江子		
	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	）
補整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7年4月1日

医師氏名は必須

所在地 北上市●●町2-2  
 医療機関名 北上市立さくら病院  
 医師氏名 新穀 一男 (印)

自署であれば氏名の押印は省略が可

医療社会事業士等が  
医師に代わり記入した  
際は記入する。

代理記入者氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
 職名 \_\_\_\_\_  
 連絡先 \_\_\_\_\_

- ※1 医師が記入できない場合、代理の者（医療社会事業士等）が記入できることとします。
- 2 氏名を自署したときは、押印を省略することができますが、代筆の場合は押印が必要です。