

この様式は、厚生労働省が認定した先進医療のうち、がん治療を目的とした治療を実施した医療機関が記載するものです。

第3号の2様式（第10条関係）

世田谷区がん先進医療費利子補給金  
治療実施証明書

世田谷区長 あて

年 月 日

がん治療を目的とした先進医療を実施した医療機関  
(医療機関名及び住所・電話番号)

(主治医)

がんに対する先進医療を下記のとおり実施したことを証明します。

記

1 対象患者

氏名 \_\_\_\_\_ (年齢 歳 / 性別 男・女 )

住所 世田谷区 \_\_\_\_\_

2 がんの部位又は名称

\_\_\_\_\_

3 実施したがんに対する先進医療

先進医療技術名 (厚生労働省認可を受けた医療技術の名称)

\_\_\_\_\_

4 治療実施期間

年 月 日 ~ 年 月 日