

第6号様式（第7関係）

甲府市がん患者アピアランスケア支援事業対象補整具購入証明書

申請者 記入欄	(フリガナ) 氏名		生年 月日	年 月 日
	住所	〒 甲府市		
	電話	()		

<販売機関等記入欄>

上記の者について、下記のとおり対象補整具を販売したことを証明します。

販売日	商品名	数量	単価	金額（税込み）

年 月 日

医療機関 所在地

名称

代表者名