

## 恵那市がん患者医療用補正具購入費の助成に関する確認事項

対象者となる方が、当該補正具の費用について都道府県や市町村の助成金給付を受けたことが過去にありますか。	有 ・ 無
---	-------

※対象者の方の情報は、岐阜県への照会に使用させていただく場合がございますのでご了承ください。

年 月 日

住 所

(対象者) 氏 名

◎お答えいただけるようでしたら以下のアンケートにお答えください。

今回どのような経緯でがんの診断を受けましたか。

- 1 恵那市で実施しているがん検診
- 2 恵那市以外のがん検診や人間ドックなど
- 3 症状があったため受診した
- 4 その他 ( )

ご協力ありがとうございました。