

世田谷区がん患者等アピアランスケア費用助成に関する医師の意見書

<申請者記入欄>

助成対象者	(ふりがな)		生年月日	昭和	年	月	日
	氏名			平成			
	住所	世田谷区					
	申請品目	☐ ウィッグ ☐ 帽子 ☐ 人工乳房 ☐ 補整下着 ☐ 弾性着衣 ☐ エピテーゼ ☐ 頭皮冷却用キャップ ☐ 冷却用グローブ・ソックス					

<医師記入欄>

※治療用装具療養費や補装具費支給制度など、他の制度で給付や助成を受けられる場合は対象外です。
また、脱毛症については、加齢によるものは対象外です。

上記の者が申請品目を必要とする理由について、以下のとおり証明します。	
令和 年 月 日	
医療機関名	
所在地	
医師名 (自署又は記名押印)	
疾患名等	
症状	☐ 脱毛 ()
	☐ 形状変化 ()
	☐ その他 ()
必要な理由	☐ 手術 ()
	☐ 薬物治療 ()
	☐ 放射線治療 ()
	☐ 外傷 ()
	☐ その他 ()
発症日又は 治療開始日	年 月 日