

## 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

## &lt;申請者記入欄&gt;

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

## &lt;医師記入欄&gt;

※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)

アピアランスケア用品を必要とする理由	疾患名等			
	症状	<input type="checkbox"/> 脱毛 ( ) <input type="checkbox"/> 形状変化 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	該当理由	<input type="checkbox"/> 手術 ( ) <input type="checkbox"/> 薬物治療 ( ) <input type="checkbox"/> 放射線治療 ( ) <input type="checkbox"/> 外傷 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	発症日 又は 治療 開始日			
		年	月	日