

足立区アピアランスケア用品購入費用等助成に関する医師意見書

【申請者記入欄】

助成対象者	フリガナ		生年 月日	年	月	日
	氏名					
	住所	〒 ー 足立区		電話	()	

【医療機関記入欄】

※ 治療用装具療養費や補装具費支給制度等、他制度の助成等を受けられる場合は対象外です。
※ 脱毛症については、加齢によるもの、男性型・女性型によるものは対象外です。

疾病名						
症状	☐ 脱 毛 ()					
	☐ 形状変化 ()					
	☐ そ の 他 ()					
アピアランスケア 用品を必要とする 理由	☐ 手 術 ()					
	☐ 薬物治療 ()					
	☐ 放射線治療 ()					
	☐ 外 傷 ()					
	☐ そ の 他 ()					
治療開始年月日	年 月 日					
上記のとおり証明します。 年 月 日						
医療機関所在地						
医療機関名						
主治医氏名 (署名または記名押印)	⑩					