

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 電話 () 足立区		

【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)	印