

中央区アピアランスケア費用助成に関する医師意見書

【申請者記入欄】

申請者 (助成対象者)	ふりがな		生年月日
	氏名		年 月 日
	住所	〒 中央区	
	電話番号		

【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。

診断名			
症状	<input type="checkbox"/> 脱毛	()
	<input type="checkbox"/> 形状変化	()
	<input type="checkbox"/> その他	()
アピアランスケア 用品を必要とする 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

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 (署名又は記名押印)	⑩