

文京区がん患者等アピアランスケア支援事業助成に関する医師の意見書

【申請者記入欄】申請者が記入し、医療機関に証明欄の記入を依頼してください。

フリガナ		生 年 月 日
氏 名		年 月 日
住 所	文京区	丁目 番 号
申請品目	☐ ウィッグ ☐ 帽子 ☐ 人工乳房・人工乳頭 ☐ エピテーゼ（人工乳房・人工乳頭は除く。）（ ） ☐ 胸部補整下着 ☐ 弾性着衣 ☐ 頭皮冷却用キャップ、冷却用グローブ・ソックス ☐ つけ眉毛	

【医師記入欄】医療機関（主治医）が記入してください。

※治療等装具療養費や補装具費支給制度など、他制度で給付等が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・女性型脱毛症によるものは対象外です。また、手術により一時的に頭髪を剃る等の場合も対象外です。

傷病名	
症 状	☐ 脱毛 （ ） ☐ 形状変化 （ ） ☐ その他 （ ）
外見ケアの 補整具等が 必要な理由	☐ 手術療法 （ ） ☐ 薬物療法 （ ） ☐ 放射線療法 （ ） ☐ 外傷 （ ） ☐ その他 （ ）
発症日又は 治療開始日	年 月 日
申請品目を必要とする理由について、上記のとおり証明します。 年 月 日 医療機関の 名称及び所在地 _____ 医師氏名 （自署又は記名押印） _____	