

# 品川区アピアランスケア支援助成金に関する医師の意見書

## 〈申請者記入欄〉

助成対象者	フリガナ	-----		
	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	〒品川区		
	申請品目	<input type="checkbox"/> ウィッグ(かつら) <input type="checkbox"/> 帽子 <input type="checkbox"/> 人工乳房 <input type="checkbox"/> 補正下着 <input type="checkbox"/> エピテーゼ <input type="checkbox"/> その他( )		

## 〈医師記入欄〉

※治療用装具療養費や補装具支給制度等、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、脱毛症に関しては、加齢によるものや、男性型・女性型のもの対象外です。

アピアランスケア用品を必要とする理由	疾患名 傷病名等			
	症状 状態	<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"/> 薬物療法 ( )				
<input type="checkbox"/> 放射線療法 ( )				
<input type="checkbox"/> 外傷 ( )				
<input type="checkbox"/> その他 ( )				
発症日又は 治療開始日	年 月 日			

上記の者が申請品目を必要とする理由について、以下の通り証明します。

年 月 日

医療機関名

所在地

医師名

(自署又は記名押印)

