〈記入例〉

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	シナガワ　ハナコ	生年月日	◯年 ◯月 ◯日
	氏名	品川　花子		
	住所	〒 品川区　広町2-1-36		
	申請品目	☑ウィッグ（かつら）　□帽子　□人工乳房　□補正下着 □エピテーゼ　□その他（　　）		

〈医師記入欄〉
※治療用装
また、脱毛

がん等の疾病や傷病等に伴う外見の変化により、就労や社会参加等に支障が生じ（もしくは生じるおそれがあり）、アピアランスケア用品が必要であることが分かる内容の記載が必要です。

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	用品が必要になった原因となる具体的な疾患や傷病名を記載
	症状 状態	☑脱毛　（　）
		☑形状変化　（上によって変化があった部位や状態を記載　）
		□その他　（　）
	該当理由	☑手術　（どんな手術をしたのかを記載　）
		☑薬物療法　（「○○療法」等のみではなく、具体的な薬剤名も記載）
		□放射線療法　（具体的な照射部位も記載　）
		□外傷　（外相部位や状態を記載　）
		□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）

署名は自署または記名押印でお願いいたします。

印