第２号様式（第７条関係）

東大和市がん患者等アピアランスケア用品購入等費用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		
申請品目	☐ ウィッグ（装着用ネットを含む）　☐ 帽子　　☐ エピテーゼ ☐ 補整下着（補整パッドを含む）　☐ 弾性着衣 ☐ 頭皮冷却用キャップ　　☐ 冷却用グローブ・ソックス	

【医師記入用】医療機関（主治医）が記入してください。

※　治療用装具療養費や補装具支給制度など、他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。

上記の者が申請品目を必要とする理由について下記のとおり証明します。

年　　月　　日

医療機関名

所在地

医師名
（自著又は記名押印）

疾病名等	
症　　状	☐ 脱毛　　（　　） ☐ 形状変化　（　　） ☐ その他　　（　　）
必要な理由	☐ 手術　　（　　） ☐ 薬物治療　（　　） ☐ 放射線治療（　　） ☐ 外傷　　（　　） ☐ その他　　（　　）
発症日または治療開始日	年　　月　　日