

大田区アピアランスケア助成に関する医師の意見書

(申請者記入欄)

住 所	大田区
フリガナ	
氏 名	
生年月日	年 月 日
申請品目	

(医療機関記入欄)

※治療用装具療養費や補装具費支給制度など、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。

傷病名	
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 ()
治療開始日	年 月 日
上記のとおり証明します。 年 月 日 所 在 地 主 治 医 名 (自署又は記名押印)	