

中野区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【医師記入欄】の記入を依頼してください。

アピアランスケア用品の使用者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	〒 中野区	電話番号	
必要とするアピアランスケア用品	<input type="checkbox"/> ウィッグ（ネット・インナーキャップ等を含む） <input type="checkbox"/> 帽子（ネット・インナーキャップ等を含む） <input type="checkbox"/> 胸部補整具（組み合わせて使用するパッドを含む） <input type="checkbox"/> エピテーゼ（接着剤・剥離剤を含む）			該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください ※申請は通算2回まで 計 点

【医師記入欄】

※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。  
 ※手術のための頭髪の剃毛は対象外です。

傷病名			
症状及び特記事項	<input type="checkbox"/> 脱毛 <input type="checkbox"/> 形状変化 <input type="checkbox"/> その他	【特記事項】	
上記品目を必要とする理由及び特記事項	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> 外傷 <input type="checkbox"/> その他	【特記事項】	
治療開始日	年 月 日		
上記の記載に相違ありません。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> <div style="text-align: center;">                     所在地                      医療機関名                      医師名                 </div>			

## 中野区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

記載例

【申請者記入欄】申請者が記入し、医療機関に【医師記入欄】の記入を依頼してください。

アピアランスケア用品の使用者	フリガナ	ナカノ タロウ	生年月日	昭和〇年〇月〇日
	氏名	中野 太郎		
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 中野区 〇〇 〇-〇-〇	電話番号	〇〇-〇〇-〇〇
必要とするアピアランスケア用品	<input type="checkbox"/> ウィッグ（ネット・インナーキャップ等を含む） <input type="checkbox"/> 帽子（ネット・インナーキャップ等を含む） <input type="checkbox"/> 胸部補整具（組み合わせて使用するパッドを含む） <input checked="" type="checkbox"/> エピテーゼ（接着剤・剥離剤を含む）			該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください ※申請は通算2回まで 計 1 点

## 【医師記入欄】

※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。

※手術のための頭髪の剃毛は対象外です。

傷病名	先天性指欠損		
症状及び特記事項	<input type="checkbox"/> 脱毛 <input checked="" type="checkbox"/> 形状変化 <input type="checkbox"/> その他	【特記事項】	
上記品目を必要とする理由及び特記事項	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> 外傷 <input checked="" type="checkbox"/> その他	【特記事項】 先天性で生まれつき小指がないため。	
治療開始日	平成〇年 〇月 〇日		
上記の記載に相違ありません。			
令和〇年 〇月 〇日			
所在地 〇〇区〇〇 〇-〇-〇 医療機関名 〇〇〇病院 医師名 〇〇 〇〇（フルネーム）			