

練馬区がん患者等アピアランスケア費用助成に関する医師の意見書

（申請者記入欄）

※医療機関に対しては、必ず本事業のパンフレットを手渡し、事業の概要について説明を行ってください。

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏 名			
住 所	練馬区		
申請品目	<input type="checkbox"/> ウィッグ ・ <input type="checkbox"/> 胸部補整具（補整下着、補整用パッド、人工乳房、入浴用肌着） <input type="checkbox"/> 帽子（毛付き帽子含む） ・ <input type="checkbox"/> エピテーゼ（人工乳房除く） ・ <input type="checkbox"/> 弾性着衣 <input type="checkbox"/> 頭皮冷却用キャップ、冷却用グローブ・ソックス		
要件確認	<input type="checkbox"/> 購入等した品目について、他の法令等に基づく同種の助成、給付などの対象としないことを誓約します。		

（医療機関記入欄）

※脱毛症の場合、加齢によるもの、男性型・女性型によるものは助成対象外となります。

<p>上記の者が、申請品目が必要であることについて、以下のとおり証明します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">所 在 地</p> <p style="text-align: center;">医 師 名</p> <p style="text-align: center;">（自署または記名押印）</p>	
疾患名等	
症 状	<input type="checkbox"/> 脱毛 {
	<input type="checkbox"/> 形状変化 {
	<input type="checkbox"/> その他 {
発症日または治療開始日	年 月 日