

フリガナ		生年月日
氏 名		年 月 日
住 所		
申請品目	☐ ウィッグ ☐ 帽子 ☐ 補整下着 ☐ 弾性着衣 ☐ エピテーゼ ☐ 頭皮冷却用キャップ ☐ 冷却用グローブ・ソックス	

※治療用装具療養費や補装具費支給制度など、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 (自署または記名押印)	
疾患名等	
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

※本意見書の作成費用は、助成対象に含まれませんのでご注意ください。