## 東京都北区がん患者等に対するウィッグ等購入費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。

T I HIS III HES TIMES				
フリガナ			生年月日	
氏 名			年	月 日
住 所				
申請品目	<ul><li>□ウィッグ □帽子</li><li>□頭皮冷却用キャップ</li></ul>	□補整下着 □弾性 □冷却用グローブ・ソ		

【医師記入欄】医療機関(医師)が記入してください。

※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。					
	医療機関名 医療機関名	日			
	所 在 地				
医師名 (自署または記名押印)					
疾患名等					
症  状	<ul><li>□ 脱毛 (</li><li>□ 形状変化 (</li><li>□ その他 (</li></ul>	) )			
必要な理由	<ul><li>□ 手術 (</li><li>□ 薬物治療 (</li><li>□ 放射線治療 (</li><li>□ 外傷 (</li><li>□ その他 (</li></ul>	) ) ) )			
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。