

杉並区ウィッグ購入費等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。

フリガナ		生年月日
氏名		年 月 日
住所	〒	
購入等品目		

【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。

傷病名			
症状	☐ 脱毛 () ☐ 形状変化 () ☐ その他 ()		
上記品目を 必要とする 理由	☐ 手術 () ☐ 薬物治療 () ☐ 放射線治療 () ☐ 外傷 () ☐ その他 ()		
治療開始日	年	月	日
上記の通り証明します。 年 月 日 所在地 医療機関名 医師名			