

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	アマヌマ フユコ	生年月日
氏名	天沼 冬子	昭和〇 年 〇 月 〇 日
住所	〒 1 6 6 - 〇 〇 〇 〇 杉並区 〇 〇 〇 - 〇 - 〇	
購入等品目	医療用ウィッグ、医療用帽子	

【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	先天性脱毛症		
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 (先天性で、生まれつき発毛がないため)		
治療開始日	平成〇 年 〇 月 〇 日		
上記の通り証明します。 令和〇 年 〇 月 〇 日 所在地 〒〇〇〇 - 〇〇〇〇 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)			

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	アマヌマ ジロウ	生年月日
氏名	天沼 次郎	平成〇 年 〇 月 〇 日
住所	〒 1 6 6 - 〇 〇 〇 〇 杉並区 〇 〇 〇 - 〇 - 〇	
購入等品目	エピテーゼ(指)	

【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	手指の一部欠損		
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 (交通事故による右手小指欠損部分の〇〇術) ☐ 薬物治療 () ☐ 放射線治療 () ☐ 外傷 () ☐ その他 ()		
治療開始日	平成〇 年 〇 月 〇 日		
上記の通り証明します。 令和〇 年 〇 月 〇 日 所在地 〒〇〇〇 - 〇〇〇〇 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)			