

第 4 号様式(第6条関係)

荒川区アピアランスケア支援事業助成に関する医師の意見書

(申請者記入欄)

フリガナ		生年月日
氏 名		年 月 日
住 所		
申請品目		

(医師記入欄)

※治療用装具療養費や補装具費支給制度等、他制度の助成等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	
アピアランスケア を必要とする症 状	☐ 脱毛 () ☐ 形状変化 () ☐ その他 ()
上記症状の原因	☐ 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	
上記のとおり証明します。 年 月 日 医療機関所在地： 医療機関名： 医師名：	