

台東区長 殿

台東区がん患者等ウィッグ購入費等助成に関する医師意見書

【申請者記入欄】 申請者が記入してください。

対 象 者	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日
	住 所	台東区 丁目 番 号	
申請品目 (該当に✓印 及び記入)	<input type="checkbox"/> ウィッグ <input type="checkbox"/> 毛付き帽子 <input type="checkbox"/> 医療用帽子 <input type="checkbox"/> 補整下着 <input type="checkbox"/> 人工乳房 <input type="checkbox"/> 弾性着衣 ※着圧 30mmHg 以上、ただし医師の特別の指示がある場合は 20mmHg 以上 <input type="checkbox"/> エピテーゼ (具体的な部位:) <input type="checkbox"/> 冷却用キャップ <input type="checkbox"/> 冷却用グローブ <input type="checkbox"/> 冷却用ソックス		

【医師記入欄】 医療機関(主治医)が記入してください。

※注意事項

- ・脱毛症について、主に広範囲の円形脱毛症、全頭型脱毛症、汎発性脱毛症等の重症な脱毛症を対象とし、「加齢によるもの」「男性型・女性型によるもの」は本事業の申請対象外とする。
- ・冷却用キャップ・グローブ・ソックスについては、主に抗がん剤治療による手足症候群等を対象とする。
- ・「医療保険各法による治療用装具療養費」及び「障害者総合支援法による補装具費支給制度」など他制度で給付や助成を受けられる場合は、本事業の申請対象外とする。

傷病名 (記入)	
ウィッグ等を必要とする理由 (該当に✓印 及び記入)	※手術の内容、薬剤名・治療等の名称、治療した身体部位等が分かるように記入をお願いします。 <input type="checkbox"/> 手術 () <input type="checkbox"/> 薬物治療 () <input type="checkbox"/> 放射線治療 () <input type="checkbox"/> 外傷 () <input type="checkbox"/> その他 ()
ウィッグ等を必要とする症状 (該当に✓印 及び記入)	※具体的な症状や身体部位・位置等が分かるように記入をお願いします。 <input type="checkbox"/> 脱毛 () <input type="checkbox"/> 形状変化 () <input type="checkbox"/> その他 ()
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 (署名又は記名押印)	