

第1号の2様式（第6条関係）

目黒区アピアランスケア用品購入等費用助成に関する医師の意見書

目黒区長 宛て

【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。

フリガナ		生年月日
氏名		年 月 日
住所	〒	
他制度の対象該当	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（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。）	

【医師記入欄】医療機関（主治医）が記入してください。

※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。

<p>上記の者がアピアランスケア用品を必要とする理由について、下記のとおり証明します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>医療機関名</p> <p>所在地</p> <p>医師名 (自署又は記名押印)</p>	
傷病名	
症状	<input type="checkbox"/> 脱毛（ ） <input type="checkbox"/> 形状変化（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）
必要とする理由	<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（ ）
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。